Nr. 11. 15. marca 1925 Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

# † Prof. Dr. KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI.

Dnia 20 grudnia 1924 zmarł w Warszawie ś. p. prof. dr. Kazimierz Rzętkowski dyrektor II. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Urodził się w Warszawie dnia 5 stycznia 1870 roku i tu ukończył II-gie gimnazjum w 1890 roku oraz Wydział lekarski w 1896 roku w Uniwersytecie warszawskim.

Życie człowieka nie jest sumą bezładnych epizodów, jest w niem ciągłość rozwoju duszy ludzkiej. Dziecięce marzenia wyrastają w pragnienie młodzieńca, a te w czyn dojrzałego człowieka. Jakiemi były marzenia dziecięce i pragnienia studenta, świadczy o tem rozmach z jakim ś. p. Kazimierz Rzętkowski zabrał się do pracy naukowej. Człowiek dojrzały nie mógł zaprzeczyć swej przeszłości młodzieńczej, nie mógł stać się zwykłym zjadaczem chleba mimo wszystkich i mimo wszystko. A to wszystko w owe czasy gdy ś. p. Kazimierz Rzętkowski rozpoczynał swą pracę, jakże było mizernie małe. Licho urządzona pracownia na oddziale Dra. Teodora Dunina, prawie jedyna podówczas, stała się fundamentem, na którym miał budować gmach swej wiedzy, swoich dociekań naukowych, już w następnym roku po ukończeniu Wydziału lekarskiego.



Liczne są prace ś. p. prof. Rzętkowskiego. Największe zagadnienia współczesnej medycyny: gruźlica, miażdżyca tętnic, przemiana materji, sprawa nowotworów były podstawą, na której budował swą pracę. Najważniejsze prace a takiemi są: doświadczalna praca nad powstawaniem miażdżycy u królików przy stosowaniu adrenaliny, nad istotą nowotworów mysich, nad zjawiskiem wędrowania białych ciałek w przebiegu rozmaitych schorzeń, nad zachowaniem się zasadowości krwi w rozmaitych stanach chorobowych, nad zachowaniem się kwasów aminowych w ustroju. Prace te zjednały Mu sławę znakomitego teoretyka. Ś.p. prof. Rzętkowski należał do tych, którzy będąc wrogami wszelkiej fantazji w ocenie zjawisk życiowych, szukali wyjaśnienia ich w ścisłej obserwacji, w doświadczeniu. Dla Jego umysłu pozostały dwie ostateczności, albo wogóle się nie zastanawiać, albo jeśli się zastanawiać, to mierzyć głębie danych zagadnień aż do dna. Prace Jego aczkolwiek miały źródło w pracach, ogłaszanych na zachodzie, to myśli wypowiadane tam uderzają swoją śmiałością i oryginalnością poglądów.

Mimo że wyniki Jego prac może częściowo przeszły już do historji, a częściowo może wkrótce przejdą, to jednak zostawił On po sobie jedno, co powinno przetrwać wieki: dowiódł jeszcze raz niezbicie, że człowiek oddany całą duszą swej pracy jest wszystkiem; materjalne zaś środki zaledwie cząstką życia ludzkiego. Niejednokrotnie później przypominał swoim młodszym towarzyszom pracy utyskującym na trudne warunki, że jednak Claude Bernard najgenjalniejsze swoje odkrycia robił właśnie wtedy, kiedy te warunki były jeszcze gorsze.

Za to umiłowanie pracy społeczeństwo obdarzyło Go zaufaniem: W r. 1905 obejmuje ordynaturę oddziału najpierw w Szpitalu Wolskim, a potem Dzieciątka Jezus, a w roku 1918 Wydział lekarski wskrzeszonej Wszechnicy Warszawskiej powołuje Go na profesora Medycyny wewnętrznej. Na tych samodzielnych stanowiskach wykazuje nietylko ożywioną działalność naukową lecz i niezwykłe zalety charakteru. Mimo rozmaite zdania był tylko sprawiedliwym, żądał od kogoś według tego, ile mu było danem. Nie spychał na barki innych młodszych zbytecznej pracy, aczkolwiek mógł to robić z tytułu swoich lat lub zajmowanego stanowiska. Będąc sam z natury wiecznie młodym, rozumiał młodych, kochał się w młodości, to też był dla niej ojcowsko wyrozumiałym. Aczkolwiek dłuższy czas bawił na studjach za granicą u Noordena, Boucharda i innych to okrom istotnej wiedzy nie przywiózł ztamtąd nic. Formy zewnętrzne Zachodu były dla Niego niczem, nie starał się więc szczepić ich na naszym gruncie. Wielki umysł nie mógł być drobiazgowym, ani nagiąć się do drobiazgowości. W stosunkach z młodszymi kolegami cechowała go zawsze serdeczna prostota. Zachętą, radą, przykładem osobistym starał się zawsze służyć swym młodszym kolegom - asystentom. Sam żył pracą dla nauki i innych starał się do tej pracy zachęcić. Każda myśl śmielsza znajdowała posłuch i poparcie.

Śmierć wyrwała z pośród nas nie wiekiem strudzonego pracownika, co jak kłos dojrzały chylił się pod brzemieniem lat. Odszedł człowiek w pełni wieku. Bolesne pytanie, stawiane wiecznie losowi przez ludzkość: »Czemu« niema tu miejsca dla tych co bliżej znali ś. p. prof. Rzętkowskiego. Odszedł bo rozdał zbyt hojnie swe życie umiłowanym przez się celom — dla siebie nic nie zostawił.

Jakiem było życie, takiemi były ostatnie dni. Na kilka dni przed śmiercią snuł jeszcze plany ze swymi najbliższymi, co do bieżących zadań pracy w Klinice. Każdy szczegół usłyszany cieszył lub smucił Go. Życie ś. p. prof. Rzętkowskiego zawarło się w pracowni; po za nią nie mogło istnieć. Całe też życie, nietylko myśl swoją, ale i środki materjalne niejednokrotnie z wielkim uszczerbkiem dla siebie poświęcił nauce. Ziarna wiedzy zasiane przez niego w umysłach Jego współpracowników będą kiełkowały, rozrastały się, wydadzą plon, a jaki? — przyszłość pokaże. Oracz i siewca myśli ludzkiej nie będzie przyglądał się zbiorom swej pracy, strudzony odszedł zażywać zasłużonego odpoczynku.

*Dr. Tadeusz Milewski.*

## Prace oryginalne.

Dr. Seweryn STERLING. Łódz.

### Podstawy kliniczne klasyfikowania suchot przewlekłych.

Termin »suchoty płuc przewlekłe« obejmuje wielką gamę zmian patologicznych, objawów klinicznych, widoków rokowniczych. Dlatego niezbędne jest określenie bliższe tego terminu.

Treść tej rozprawy przewiduje tę chwilę, kiedy rozpoznanie suchot jest już ustalone, należy zaś, z kolei, określić z jaką postacią kliniczną mamy do czynienia. W chwili tej wypada sobie uprzytomnić treść ścisłą szeregu określeń w wyrazownictwie gruźlicy używanych — w ich stosunku do klasyfikacji; część pierwsza tej pracy mówi o wartości rokowniczej, a więc i klasyfikacyjnej, oddzielnych objawów. W części drugiej jest mowa o zasadach kwalifikowania oddzielnych przypadków suchot płucnych przewlekłych.

Celem ściślejszym klasyfikacji jest możność zwięzłego a pełnego treści określenia stanu choroby.

#### I. Wartość klasyfikacyjna oddzielnych objawów.

1. Stwierdzenie obecności zmian gruźliczych w płucach mówi o szeregu możliwości, a mało — o faktycznym stanie chorobowym. Dopiero stwierdzenie objawów stanu *czynnego*, lub *nieczynnego*, gruźlicy — uprawnia do wniosków, na jakich opiera się klasyfikacja suchot.

Obok: *tuberculosis activa et inactiva*, mówią też o *infectio activa et inactiva*, co ma oznaczać, że nietylko w ustroju istnieć może tkanka gruźlicza — bez objawów choroby, ale trwać zarazek — nieczynny. Niedokładność metod badania zmusza do odróżniania gruźlicy *utajonej* (*tuberculosis occulta*) od gruźlicy *jawnej* (*tuberculosis manifesta*). Spotykamy przypadki choroby, kiedy objawy ogólne pozwalają na rozpoznanie suchot, kiedy nawet udaje się wykazać obecność laseczników Kocha w plwocinach, a gruźlica jest utajona, ponieważ nie udaje się wykryć okolicy płuc zajętej zmianami gruźliczemi.

W przebiegu gruźlicy, jak mówiłem, widzimy okresy czynne i nieczynne. Okres czasu od chwili domniemalnej zarażenia do chwili wystąpienia objawów klinicznych suchot nazywamy: *phtisis latens initialis*. Przerwy między okresami czynnemi nazywamy *phtisis latens secundaria*.

*Tuberculosis obsoleta* znaczy nietylko zniknięcie objawów klinicznych suchot, ale i domniemalne zagojenie się ognisk gruźliczych.

2. Ponieważ w przebiegu gruźlicy okresy czynne następują po nieczynnych i to się może powtarzać, miejsce klasyfikacyjne danego przypadku jest pojęciem ograniczonem do danej chwili spostrzegania i określania jego postaci klinicznej.

3. **Zmiany tkankowe** właściwe gruźlicy są:

*a*) *nowotworzenie* się tkanki gruźliczej, *tuberculosis productiva*, którą dalsze losy prowadzą do zwłóknienia (*tuberculosis fibrosa*), lub — rzadziej — *do zserowacenia* (*caseificatio*), *rozpadu* i *eliminacji;*

*b)* powstanie sprawy *wysiękowej* (*tuberculosis exsudativa*), którą dalsze losy prowadzą do *zserowacenia, rozpadu i eliminacji*, lub — o wiele rzadziej — do *zwłóknienia*, do *zwapnienia, skredowacenia, skostnienia;*

*c*) zmiany *zapalne* (*inflammatio simplex*), którą dalsze losy prowadzą do *rozessania się*, albo — o wiele rzadziej do *zserowacenia* lub *zwłóknienia*.

Zmiany jednego z typów powyższych zdarzają się rzadko w swej postaci czystej; tylko wówczas, gdy choroba przebiega bardzo szybko, nie dochodzi do przyłączenia się zmian innego typu. Zmiany zapalne rzadko wogóle istnieją samoistnie; zazwyczaj towarzyszą okresom zaostrzenia jednego z dwu innych typów zmian gruźliczych.

Zwłóknienie ogniska, jak i jego zserowacenie, nie odbywa się nawskroś; jądro trwa bez zmiany w swym charakterze pierwotnym, a zmienia się tylko płaszcz je odziewający, albo odwrotnie.

Przebieg sprawy gruźliczej — jeśli pominąć rzadkie sprawy ostre — trwa lata i stanowi szereg okresów *nasilenia — skok choroby — poussée evolutive — i zwolnienia,* zacichania, podgojenia, nawet zupełnego przerwania: stan nieczynnej sprawy gruźliczej.

4) **Gruźlica wysiękowa** w płucach daje naogół rokowanie złe; **gruźlica wytwórcza** w płucach — różne, zależnie od jej skłonności do zwłóknienia lub — rzadziej — skłonności do zserowacenia; postać najczęstsza: gruźlica włóknisto-wysiękowa daje rokowanie zależne głównie od przewagi jednego z tych dwu typów.

»Nie umiejscowienie *affectionis primariae*, czy *reinfectionis*, ani rozmiary sprawy gruźliczej z tych ognisk się rozwijającej, jeno ich charakter — wytwórczy czy wysiękowy, z rozmiękczeniem i jamami, czy bez rozmiękczenia i bez jam — oto co decyduje o zdolności klinicznej do wyleczenia« (Aschoff)

5 **Zmiany humoralne**, właściwe gruźlicy są:

*a*) powstawanie *ergin*; obecność w płynach ustroju ciał swoistych, wytworów komórek, przez przebyte zakażenie gruźlicze uczulonych na pochodne lasecznika Kocha (stan *allergji* gruźliczej) i na pochodne rozpadu tkanek gruźliczych;

*b*) powstawanie *antytoksyn*, ciał chemicznych, mających zobojętniać toksyny lasecznika Kocha.

Stan poprzedzający allergję określamy jako stan *anergji*; po wyczerpaniu się allergji mówimy o stanie *anergji wtórnej*. Obecność objawów allergji zawsze rokuje lepiej, aniżeli obecność anergji wtórnej (rozpoznanie gruźlicy zawsze uważamy tu za już dokonane).

O stanie allergji wnosimy na podstawie stosowania *tuberkuliny*, najczęściej metodą Pirqueta lub Mantoux. Wynik zastosowania tuberkuliny u dorosłych daje wtedy głównie prawo do wniosku rokowniczego, kiedy odczyn tuberkulinowy dodatni znika lub słabnie, a niema powikłania (odra, grypa, czasem — menses), któreby tę zmianę tłumaczyło, istnieją natomiast objawy kliniczne postępu choroby głównej, suchot. Wtedy zniknięcie odczynu tuberkulinowego jest objawem rokowniczym złym. Silny i szybki odczyn właściwy jest suchotom łagodnie przebiegającym (włóknistym)

To są jedyne metody pozwalające na określenie stopnia odporności swoistej (*immunitas*) ustroju. Wszelkie próby subtelniejszej analizy odczynów tuberkulinowych — dotąd zawodziły.

6. **Suchoty płuc przewlekłe** są chorobą zależną od zmian wywołanych przez laseczniki Kocha u osobników na ten zarazek już uczulonych; właściwe są głównie wiekowi życia od pokwitania płciowego począwszy; rozpoczynają się w szczytach, szerzą się bądź na tkanki do ogniska przylegające, bądź przez przerzuty oskrzelowe, nie wciągając gruczołów w krąg zmian chorobowych.

Suchoty płuc przewlekłe są chorobą dającą naogół — rokowanie wątpliwe; przeciętne trwanie życia chorych obliczają na lat siedem. Wyjątki od tej przeciętnej — trwanie krótsze lub o wiele dłuższe — nie są rzadkie. Dużo zależy od wczesnego rozpoznania i możności leczenia.

Możność leczenia się i stosowania w życiu przepisów zdrowotnych ma wielkie znaczenie rokownicze; żadnego — przy klasyfikowaniu chwilowego stanu i określaniu postaci klinicznej danego przypadku.

Wyleczeniem suchot nazywamy ustąpienie wszystkich objawów klinicznych; stąd nazwa: wyleczenie kliniczne. Jeśli brak objawów trwa mniej aniżeli n. p. dwa lata, lepiej mówić o podleczeniu suchot. Odpowiada to kategorji nazywanej dawniej *phtisis stationaris*

Wyleczenie gruźlicy to znaczy — przejście jej w stan *tuberculosis latens inactiva*: brak objawów sprawy czynnej, brak objawów miejscowych i ogólnych. Obecność objawów allergji będzie wówczas dowodem życia laseczników, które nie wywołują objawów miejscowych, a działają jedynie na odległość, podtrzymując allergję humoralną.

Wspomniane trwanie suchot jest obliczone na podstawie czasu od wystąpienia pierwszych objawów suchot płucnych, a nie od powstania pierwszych objawów gruźlicy w ciele lub nawet w płucach. Wiemy, że owrzodzenie pierwotne i zmiany gruźlicze w gruczołach z niem sąsiadujących powstaje najczęściej w płucach. Nie od tego jednak czasu liczy się trwanie suchot płucnych pospolitych, nie od wieku dziecięcego. Nie jest też tu brany w rachubę okres anafilaktyczny gruźlicy. (Klasyfikacja anatomo-biologiczna Rankego).

Pogląd o stopniu uleczalności gruźlicy, oparty na badaniach sekcyjnych, tyczy się wszystkich trzech okresów rozwoju gruźlicy, a nie wyłącznie okresu trzeciego, suchot płucnych pospolitych. Gruźlica, więc wszystkie okresy, licząc od chwili zarażenia, jest uleczalna w dużej odsetce; suchoty płucne — w odsetce o wiele, wiele mniejszej.

Zmiany wywołane przez lasecznika Kocha w płucach osobnika nieuczulonego, t. zw. owrzodzenie pierwotne, zwykle zabliźniają się; jeśli jednak się szerzą, to drogą naczyń chłonnych i krwionośnych, wciągając zawsze w sprawę czynną gruczoły, i dając obraz kliniczny gruźlicy podostrawej lub ostrej

owrzodzenie pierwotne niema stałego umiejscowienia, może się więc zdarzyć i w szczycie.

Wyżej sformułowane określenie suchot płucnych ma na celu wyraźne odgraniczenie tej postaci nozologicznej od objawów gruźlicy płuc w czasie dwu poprzednich okresów Rankego. Suchoty płuc są postacią kliniczną okresu trzeciego.

7) Suchoty płuc przewlekłe zależą od mieszanych zmian gruźliczych wszystkich typów histologicznych gruźlicy; przebiegają przy umiarkowanem nasileniu allergji. Przewaga typu wytwórczo-włóknistego nadaje im cechy chorobowe *marskości* (*cirrhosis*) płuc; przewaga typu wysiękowo-rozpadowego nadaje im charakter *pneumoniczny*.

Przy niewielkiej okolicy płuc zajmowanej przez jednę z tych spraw mówimy o *skoku* choroby przewlekłej; zmiany mogą się zagoić z powstaniem blizny, mniej lub więcej twardej, mniej lub więcej szczelnie otorbiającej ognisko nowe, które zawsze jest jednem jeszcze źródłem grożącem następnym skokiem. Przy większym obszarze zajętej tkanki — typ kliniczny przebiegu i losy dalsze skoku przedstawiają się w postaci bądź *tuberculosis miliaris disseminata*, bądź w postaci *bronchopneumonia* (albo *pneumonia*) *caseosa*.

Skokowi suchot płucnych towarzyszą obok zmian wyliczonych — *zmiany zapalne, obrzęk zapalny oboczny* (*inflammatio collateralis*) typu *zawału płuc* (*congestio pulmonum*), a nawet *typu pneumonicznego* o skąpej ilości komórek w wysięku pęcherzykowym, przy istnieniu tendencji rozwojowej skoku — zmiany typowe gruźlicze, wyżej wspomniane, przechodzą na teren zajęty przez obrzęk oboczny. Temu sprzyja szczególnie osłabienie allergji, przyczem łatwiej szerzy się gruźlica wysiękowa, pneumoniczna, trudniej — gruźlica wytwórcza, gruzełkowa.

8. **Momenty mechaniczne** często decydują o możności dostania się materjału zakaźnego przez oskrzela do zdrowych odcinków płuc; one też mogą decydować o szerzeniu się gruźlicy na tkanki zdrowe sąsiadujące. Momenty mechaniczne często decydują o dostaniu się, o przebiciu się, materjału zakaźnego z płuc i oskrzeli do obiegu krwi; potem decyduje już moment allergji o możności wywołania — przez laseczniki — gruzełków na ścianie naczyń; komórki śródbłonkowo — siateczkowe, pozbawione własności allergicznych, stają się podłożem powstania na ścianie naczynia gruzełka, podsycających ilość laseczników we krwi; przy istnieniu wymienionych warunków powstaje gruźlica prosówkowa ogólna lub płucna — jako powikłanie suchot płucnych przewlekłych. Niewielkie ilości laseczników przedostających się do krwi w okresie allergji wydolnej — nie stanowią przyczyny rozsiania, ponieważ nie powodują gruźlicy śródbłonka naczyń.

Moment mechaniczny jest czynnikiem powstawania zmian, niedających się zgoła w rokowaniu przewidzieć; jest już dlatego przyczyną omyłek w rokowaniu, i to najcięższych.

9. **Blizny gruźlicze** w tkance płucnej mają trojaką budowę:

*a*) blizny, które niczem nie zdradzają budowy tkanki gruźliczej;

*b*) blizny szyfrowate, zawierające skredowaciałe ogniska serowate;

*c*) blizny zawierające drobne jamy. Tylko pierwsze stanowią tkankę wygasłą zupełnie; dwa inne typy są tylko względnie wygasłe.

Badaniem klinicznem nie można zróżniczkować tych odmian. Nie można też określić stopnia przenikliwości dla zarazków ścian blizny. Przekrwienie nieswoiste (odra, grypa), zarówno jak i zapalenie gruźlicze oboczne, wywołane przez powstanie ogniska w okolicy sąsiadującej z blizną, mogą ją rozmiękczyć i umożliwić przenikanie zarazków przez szczelne dotąd ściany blizny. Samo zapalenie obwodowe może się rozessać, ognisko, które je wywołało — zagoić, a pobudzona do życia zawartość blizny — wywołać nowy skok choroby. Podobnie działają: zapalenia odoskrzelowe odrowe, grypowe, opadowe — w sąsiedztwie blizny; najmniej są w tem znaczeniu niebezpieczne zapalenia płuc płatowe, dwoinkowe.

W przypadkach klinicznie stwierdzonych blizn jest jednak rokowanie dobre, jeśli tylko do nich ograniczają się zmiany gruźlicze w płucach.

9. **Ilość laseczników w plwocinach** nie zawsze daje punkt oparcia dla rokowania; wynik badania jednorazowego plwociny zależy czasem od przypadku. Stałe znajdywanie dużych ilości — źle rokuje; stały ich brak lub stałe zmniejszanie się — dobrze. Stała obecność łańcuszkowców w jądrze kłębuszka plwocin — pogarsza rokowanie. Obecność tylko ziarenek Mucha ma upoważniać do rokowania dobrego.

Klinicyści francuscy starają się nadać znaczenie rokownicze lasecznikom Kocha różnej postaci; ten pogląd nie uzyskał dotąd uznania praktycznego.

Odróżnianie typu ludzkiej, czy gruźlicy bydlęcej — nie jest stosowane w klinice w celach rokowniczych. To samo należy powiedzieć o określaniu zjadliwości laseczników (na co brak wogóle sprawdzianów zupełnie pewnych).

10. **Stopień oporności** (*resistentio*) nie daje się dokładnie określić metodami klinicznemi. T zw. *budowa ogólna*, nawet najlepsza, czasem zawodzi; u silnych osobników, w kwiecie wieku, zdarzają się przypadki przejścia suchot przewlekłych w gruźlicę ostrą. *Budowa klatki piersiowej* bynajmniej nie zawsze idzie w parze — w swych nieprawidłowościach — z nasileniem gruźlicy; dzieje się właśnie tak, że klatka kaleki kryje w sobie zmiany pod względem rokowania najpożądańsze, bo włókniste, kurczące się.

*Konstytucja* mało nam daje oparcia do rokowania; dna ma być tą odmianą konstytucyjną, która pozwala na przepowiedzenie skłonności osobniczej do gruźlicy włóknistej. *Rasa* też nic nie mówi. Zresztą, wszystkie odpowiednie dane statystyczne są oparte na pewnem nieporozumieniu; przy wyliczeniach statystycznych zapomina się o *trzech* czynnikach, które wszystkie uwzględnione dają dopiero prawo do wniosków w tej ważnej sprawie. Trzeba mieć liczby nietylko *mortalitatis* — śmiertelności, ale i *morbiditatis* — zachorzeń i *laetalitatis* — zachorowalności, stosunku liczby zgonów do liczby chorych. Tego nie mamy. Mała więc n. p. liczba śmiertelności sama przez się nie mówi nam o tem, czy dana grupa rasowa rzadko zapada na suchoty wogóle, czy też, zapadając tak często, jak inna, z którą tę porównywujemy, daje mniejszy odsetek zgonów — w stosunku do zachorzeń.

Ten sam wzgląd nie pozwala odpowiedzieć ściśle na pytanie, tyczące się roli dziedziczności. Z punktu widzenia rokowniczego. Tu nie wystarcza zwykła w wywiadach liczba zmarłych na gruźlicę członków rodziny; trzebaby wiedzieć dokładnie, ilu było chorych, ilu z tego zmarło — i jak długo chorowali. Naogół obciążenie dziedziczne jest z punktu widzenia rokowania quoad vitam (a nie — zachorowania), nie zawsze czynnikiem obciążającym rokowanie. Dwa jednak fakty należy mieć tu na uwadze: dziedziczenie pewnych okolic płuca, których zajęcie gruźlicą może upodobnić przebieg gruźlicy potomka do przebiegu spostrzeganego u przodka; i powtóre, dziedziczenie pewnego okresu życia, przełomowego, którego przeżycie poprawia rokowanie.

Czynniki socjalne (ubóstwo, zawód, mieszkanie) należą do wskaźników rokowniczych, ale nie mogą być zużytkowane w klasyfikacji klinicznej.

Z chorób współistniejących — świeżo nabyta *kiła, alkoholizm znacznego stopnia i moczówka cukrowa* pogarszają rokowanie i muszą być, obok postaci klinicznej, zanotowane; toż samo *ciąża* — jako powikłanie.

11. **Objawy zmian w tkance płucnej** wykrywane przez metody kliniczne nie różnią się zasadniczo od objawów spostrzeganych w przebiegu innych spraw chorobowych płucnych. Jedynie w okresie początkowym obecność w ograniczonej niewielkiej okolicy (n. p. w szczycie) uporczywie trwających objawów zajęcia tkanki płucnej stanowi wyjątek; podobnie wolno wnioskować z obecności jam, z obecności rzęrzeń wilgotnych. Wszystkie inne objawy, nie wyłączając n. p. zniekształceń kośćca klatki piersiowej, mogą powstawać w przebiegu przewlekłym cierpień płucnych innej etjologji.

To też, objawy miejscowe mogą stanowić podstawę rokowniczą i klasyfikacyjną, kiedy ich charakter etjologiczny jest przez inne metody ustalony.

12. **Samopoczucie** chorego nie zawsze waży przy rokowaniu i klasyfikacji. Toż samo tyczy *bólów*.

13. **Duszność**, jeśli nie jest objawem zależnym od bólu (zapalenie opłucnej, nerwoból międzyżebrowy), jeśli nie zależy

od odmy piersiowej, od powikłania suchot przewlekłych gruźlicą prosówkową, czy pneumonią ostrą — przemawia za włóknistym charakterem zmian gruźliczych (ograniczenie powierzchni oddechowej i — rzecz ważniejsza — osłabienie mięśnia sercowego). Jest więc duszność właściwa zarówno najgroźniejszej jak i najłagodniejszej z postaci gruźlicy płuc. Duszność wybitna i sinica przy bezruchu — daje złe rokowanie; występująca dopiero po ruchu — dobre (względnie, bo jakkolwiek wtedy nie jest groźną bezpośrednio gruźlica, groźnym być może stan mięśnia sercowego).

14. **Stan sił** chorego zły, utrata na wadze — są tem schnięciem (*phtisis*), które dało nazwę kliniczną chorobie. Wybitne wystąpienie tych objawów i ich trwanie stanowią poważne oparcie przy klasyfikowaniu spostrzeganego przypadku. Waży tu też szybkość, z jaką występują wyczerpanie i wychudnięcie.

15. **Gorączka** zależna od gruźlicy jest zawsze dowodem stanu czynnego; jeśli zależy od zakażenia mieszanego, a nawet od powikłania (przez odrę, grypę) umiejscowionego w płucach — stanowi mniejsze, ale zawsze pewne niebezpieczeństwo, które nakazuje conajmniej chwilę klasyfikowania odsunąć na pewien czas. Wystąpienie gorączki jest zazwyczaj dowodem skoku choroby. Natężenie i trwanie gorączki daje jednak prawo tylko do wniosku o skoku choroby, nie przesądzając, jak dalece ten skok zmieni postać kliniczną. Źle rokuje gorączka wyniszczająca (hektyczna). Tor gorączki, dający ciepłotę ranną lub południową wyższą od wieczornej (*typus inversus*), niema tego złego znaczenia rokowniczego, jakie mu przypisują.

16. **Poty** są objawem toksycznym; zdarzają się we wszystkich okresach suchot; w okresie początkowym nie mają wartości rokowniczej, ponieważ w znacznym stopniu zależą od osobniczych własności układu nerwów roślinnych; w okresie daleko posuniętych suchot obecność potów zlewnych pogarsza rokowanie.

17. **Kaszel** jest właściwy wszystkim postaciom suchot płucnych; suche pokasływanie w okresie wczesnym, kaszel głęboki niewysiłkowy w okresach dalszych (jeśli niema jam), nic w znaczeniu rokowania nie mówią; kaszel duszący, kaszel z wymiotami, kaszel niezborny okresów końcowych pogarsza rokowanie. Brak kaszlu, niemożność wykrztuszania plwocin, przy obecności objawów zmian rozpadowych — jest objawem końcowego wyczerpania i daje złe rokowanie.

18. **Krwioplucie** zdarza się we wszystkich okresach suchót; krwotoki — częściej w okresach suchót rozwiniętych; wielkie krwotoki pochodzą najczęściej z jam. Jeśli inne objawy świadczą o obecności zmian rozpadowych — krwotok poważnie pogarsza rokowanie. Sam przez się mały krwotok, często zastoinowy lub zależny od prostego zawału (*congestio*) płuc, niema znaczenia rokowniczego; dopiero jego następstwa dalsze, więc wystąpienie gorączki dłużej trwającej, będącej dowodem skoku choroby — nadaje krwotokowi cechy rokownicze ujemne.

19. **Plwociny** skąpe są właściwe suchotom początkowym i suchotom włóknistym, przyczyniają się więc do rokowania dobrego. Plwociny skąpe, a nawet ich brak są jednak właściwe też suchotom ostro przebiegającym, postaci o rokowaniu złem. Decydują więc współcześnie istniejące objawy inne. I przy suchotach włóknistych mieć możemy bardzo obfite wydzieliny — jako wyraz przewlekłego nieżytu oskrzeli, towarzyszącego rozedmie płuc zastępczej. Naogół, wielkie ilości plwocin są właściwe suchotom rozwiniętym, szczególniej przy obecności jam i rozstrzeni oskrzeli; dlatego n. p, zmniejszanie się tej ilości pozwala na wnioski rokownicze pomyślne. Im więcej rozpadu — tem więcej plwocin; ale plwociny pochodzić mogą, nietylko przy rozedmie, z oskrzeli albo zależeć od wikłających zmiany gruźlicze płucne spraw nieżytowych; są wtedy niezależne od choroby zasadniczej. Okoliczności te nakazują ostrożne korzystanie z omawianego objawu, kiedy mowa o rokowaniu. Do niejakich wniosków upoważnia wzięcie pod uwagę spoistości plwocin. Plwociny szkliste, śluzowe są dowodem okresu wczesnego; ale każdy skok choroby, powstanie nowego ogniska da tę właśnie plwocinę, jest więc wtedy dowodem postępu choroby. Plwociny ropne, płynne są dowodem choroby rozwiniętej. Plwociny krążkowe wskazują na obecność jam.

Obecność włókien sprężystych jest dowodem rozpadu tkanki płucnej.

Ilość *białka w plwocinach* ponad 6% źle rokuje o zejściu danego skoku choroby; zmniejszanie się jego zawartości pozwala mówić o poprawie, o tendencji do zbliznowacenia. Jest to objaw łatwy w spostrzeganiu, a jednak dziwnie niechętnie brany pod uwagę: zwiększanie się stałe zawartości białka w plwocinach pogarsza rokowanie.

Mówię o roli odczynu białkowego w rokowaniu: o wiele mniejszą ma on wartość w rozpoznawaniu gruźlicy płuc.

20. **Oglądanie.** Budowa ciała, właściwie budowa klatki piersiowej, nie daje oparcia do wnioskowania o okresie choroby — bez współczesnego uwzględnienia i innych objawów. Zwisanie całego kośćca klatki piersiowej, zależne od zaniku mięśni (*thorax paralyticus*), przy istnieniu innych objawów wyniszczenia (mięśnie, skóra), świadczy o suchotach daleko posuniętych. Nic natomiast nie mówi w sensie rokowania *thorax phtisicus*, klatka płaska i długa. Wyraźna asymetrja obu połów klatki piersiowej lub tylko oddzielnych okolic — mówią o marskości płuc, o *tuberculosis fibrosa* lub — przynajmniej — o istnieniu włóknienia i bliznowacenia; te same jednak zmiany powłok mogą zależeć i od kurczenia się bliznowatego opłucnej. Zmiany te, jak i klatka piersiowa beczkowata, dająca świadectwo istnienia rozedmy zastępczej, nie wykluczają obecności ognisk czynnych; szczególnie należy o tem pamiętać u ludzi starych.

21. **Tętno** względnie przyśpieszone, szczególnie w okresie niegorączkowym, jest, mojem zdaniem, dowodem nie toksyczności spostrzeganej gruźlicy, jeno dowodem wyczerpania się zdolności obronnych ustroju; przynajmniej wyczerpania się jednego z oręży obronnych, jakim jest układ nerwów roślinnych. Tętno przyśpieszone, trwające po przeminięciu skoku choroby, w stanie bezgorączkowym, ma szczególnie doniosłą wartość rokowniczą; każdy skok choroby u osobnika, który miał około 120 na minutę w okresie bezgorączkowym — źle rokuje. Tętno przyśpieszone, jakieś — 140 i więcej — w okresie suchot daleko posuniętych — zależy już od zwyrodnienia mięśnia sercowego i mocno pogarsza rokowanie płynące ze spostrzegania innych objawów. O prognostycznem znaczeniu stałego przyśpieszenia tętna w przebiegu gruźlicy płuc, (Czasopismo lekarskie 1903).

22. Objawy **hyperthyreosis**, z przyśpieszeniem tętna do jakich stu uderzeń na minutę, przechylają rokowanie suchot początkowych w stronę pomyślną

23. **Spadek parcia tętniczego** jest objawem niepomyślnym w tym samym sensie i stopniu, co przyśpieszenie częstości tętna; i tu ma ten objaw wartość głównie w okresie bezgorączkowym.

Spadek parcia tętniczego, jak i przyśpieszenie tętna, są objawami wyczerpania czynnościowego układu nerwu współczulnego. W okresie choroby pierwszym, w zespole obronnym ustroju rolę znaczną odgrywa nadczynność nadnerczy i układu sympatycznego; widzimy w tym okresie podniesione parcie rozkurczowe, minimalne (p. Przegląd Lek. 1911. Str. 527. Ciśnienie tętnicze u gruźliczych okresu pierwszego); ubocznie ten stan powoduje też nadczynność tarczycy. Jeśli obrona jest nieskuteczna, jeśli trwa zbyt długo, wówczas napięcie układu współczulnego wyczerpuje się; [1]) następuje spadek parcia w tętnicach i przyśpieszenie tętna; i jedno i drugie zależy współcześnie od nerwu współczulnego, ponieważ nadnercza są jednem ze źródeł podniecających czynności fizjologiczne mięśnia sercowego i utrzymujących napięcie ścian tętniczych. Temu przypuszczeniu odpowiada też limfocytoza okresu pierwszego suchot, właściwa wysokiemu napięciu układu współczulnego, a zarazem i hyperthyreosis; [2]) za niem przemawia też dobrze rokujący wybitny odczyn poadrelinowy w pierwszym okresie gruźlicy (p. Gazeta Lekarska 1920 »Znaczenie rokownicze odczynu poadrelinowego«).

---

[1]) Tak sądzą Deutsch i Hoffmann; Eppinger i Hess uważają spadek ciśnienia za skutek bezpośredniego uszkodzenia nadnerczy przez gruźlicę.

[2]) Struma, Struma Basedoviana, hyperthyreosis, spostrzegane w pierwszych okresach gruźlicy, są uważane (Białokur, W. Janowski i inni) za objaw mający dobre — naogół — znaczenie rokownicze, a uzależniane od obecności zmian gruźliczych w gruczole. Niewątpliwie, takie zmiany swoiste powstają w nim, jak i w innych gruczołach wkrewnych. Ale wyrazem takich zmian tkankowych byłaby raczej niedoczynność (jak n. p. przy gruźlicy nadnerczy), a nie nadczynność gruczołów. Nad.

Dresel wypowiada zdanie, że sympatykotonicy łatwiej zapadają na gruźlicę; można przypuścić, że znajdował on ten stan u badanych chorych okresu pierwszego, właśnie zgodnie z wypowiedzianą wyżej hypotezą: był to okres obrony wydolnej. Za hypotezą powyższą przemawia też wpływ dodatni wapnia w pierwszych okresach rozwoju gruźlicy; w pierwszych okresach, albowiem ustrój przeciw gruźlicy wytacza różne środki obrony, wcale nie te same w różnych okresach. O tem, by sole wapnia miały działać leczniczo dlatego, że ich nadmiar ułatwia ustrojowi bezpośrednio, mechanicznie sprawę wapnienia ognisk gruźliczych — trudno pomyśleć. Jeśli gra rolę ilość wapnia, to tylko w tym sensie, że ustrój mieć musi do rozporządzenia dosyć wapnia w pewnej postaci fizycznej, mianowicie wapnia jonizowanego, elektrolitu; cząsteczki te wapnia, które są bądź molekularnie rozpuszczonemi solami wapnia, bądź też są związane z białkiem, lub lipoidami, jako wapień koloidalny — nie mogą być brane w rachubę. Otóż, działanie wapnia jonizowanego zastępuje działanie nerwu współczulnego (F. Zondek); dlatego wprowadzenie do ustroju wapnia wywołuje efekt zastępujący działanie wyczerpanego nerwu współczulnego. Jeśli jony są tem narzędziem, którem się posługuje — dla wykonania swych czynności — nerw, to współcześnie jony panują nad nerwem, bo od nich zależą czynności nerwu. W tym okresie choroby, w którym jednym ze środków obrony przeciwgruźliczej jest układ nerwu współczulnego — wyczerpany nerw można zastąpić wapniem. Tak się łączy teorja wartości leczniczej wapnia w pewnych przypadkach gruźlicy — z hipotezą o której mowa.

24. **Skład krwi.** *Krwinki czerwone* nie dają zwykle oparcia dla rokowania. Ich ilość odpowiada często normie — niezależnie od postaci klinicznej; jeśli liczba ich zmniejszy się do połowy, a ilość hemoglobiny jeszcze znaczniej, wolno rokować wątpliwie. W przebiegu najcięższym widujemy niekiedy nawet nadmiar krwinek czerwonych; ten objaw źle rokuje, bo jest wyrazem albo wytężonych usiłowań wyrównawczych, mających na celu dostarczenie tkankom tlenu — co nie może trwać długo; albo — wyrazem zagęszczenia krwi po potach i rozwolnieniach. Temu nadmiarowi krwinek towarzyszy zwykle zwyrodnienie skrobiowate narządów wewnętrznych. Zresztą, stan podobny wywołuje sztucznie — jako wyraz zaburzenia w gospodarstwie wodnem ustroju gruźliczego — tuberkulina.

Co do *krwinek białych*, to zwiększanie się ilości limfocytów i eozynofilów rokuje dobrze, ich zmniejszanie się — wątpliwie lub źle. Inne znaczenie ma obliczanie ilości obojętnochłonnych; zwiększanie się ich liczby nie dobrze rokuje; ale może zależeć od zakażenia wtórnego, nie od gruźlicy. W ocenie obliczonych ilości obojętnochłonnych pamiętać należy o tem, że znaczna ich liczba jest wyrazem trwającej jeszcze — bądź co bądź — wydolności obronnej ustroju; gdy ta się wyczerpuje, ilość tych postaci krwinek białych spada; badanie krwi może wypaść właśnie na chwilę spadania, kiedy krzywa ilości krzyżuje się z linją normy; nie wolno więc z wyniku jednorazowego badania wyciągać wniosków ostatecznych.

Wartość obliczenia formuły krwinek białych podług Arnetha nie jest ustalona; to samo tyczy się odmiany tej metody, uproszczonej przez Schillinga.

25. **Odczyn Biernackiego**, określenie szybkości opadania krwinek czerwonych w roztworze cytrynianu sodu.

Metoda ta jest sprawdzianem rozpadu tkanek ustroju, miarą ilości fibrynogenu i globuliny we krwi. Nie będąc metodą dla gruźlicy djagnostycznie swoistą, ujawnia postęp sprawy rozpadowej i dlatego jest metodą określenia stanu czynnościowego gruźlicy.

Odczyn Biernackiego daje prawo do poważnych wniosków rokowniczych. Szybkość — określona metodą ośmnasto milimetrową — wolniejsza aniżeli minut 120 pozwala na rokowanie tylko względnie pomyślne; od 120 do 60 mówi o rokowaniu wątpliwem; poniżej 60 — rokowanie jest niepomyślne. Wszystko to w zakresie rokowania o danym spostrzeganym skoku choroby, jeśli mowa o wyższych cyfrach; cyfry poniżej n. p. 40 — dają rokowanie wręcz złe.

Źródłem błędów jest niedostrzeżenie współistnienia z gruźlicą takich cierpień, jak zapalenie opłucnej (!), dalej przymiotu, okresu menstruacji, posuniętej ciąży; pozatem, cały szereg chorób zakaźnych, począwszy od ropienia w jamie ustnej lub podobnych przemijających a banalnych cierpień, może zaważyć na wyniku tego badania.

Wśród metod pozwalających na klasyfikowanie *tuberculosis stationaris, progredientis, regredientis*, zajmuje metoda Biernackiego, systematycznie powtarzana, miejsce poważne. Znaczny obszar tkanki rozpadającej się daje zawsze bardzo szybkie opadanie krwinek; poprawie, n. p. po odmie sztucznej, towarzyszy zwolnienie opadania.

26 **Odczyny w moczu** dwu-azowy i urochromogenowy czynią rokowanie conajmniej wątpliwem; znaczna ilość białka — złem.

27. **Drżenie klatki piersiowej**. *Osłabione* drżenie klatki dające się wykazać nad okolicą stłumienia, przechyla rokowanie ku lepszemu, ponieważ przemawia za wysiękiem lub zgrubieniem opłucnej; pamiętać jednak należy, że przemijające osłabienie drżenia może zależeć też od zatkania dróg oddechowych, a stałe — też i od odmy piersiowej.

*Wzmocnione drżenie* klatki, dające się wykazać nad okolicą stłumienia, jest dalszym dowodem nacieczenia tkanki płucnej przy drożnych oskrzelach; może też przemawiać za obecnością jamy o twardych ścianach. Rokowanie jest tu zależne od innych objawów współistniejących.

Niezbyt wyraźne wzmocnienie drżenia klatki piersiowej, dające się wykazać nad okolicą stłumienia, przemawia za zbliznowaceniem tkanki płucnej, za sprawą włóknistą, która bądź załamuje oskrzela, bądź je wprost zaciska, co utrudnia przewodnictwo drżenia. Stąd wartość tego objawu klasyfikacyjna i rokownicza.

28. **Opór** zwiększony wyczuwany przy opukiwaniu daje prawo do wniosku o obecności tkanki bliznowatej. Przy współczesnem zaś osłabieniu szmerów oddechowych ma ten objaw różną wartość rokowniczą: raz zależy od zapalenia płuc odoskrzelowego, innym razem — i to częściej — od wysięku lub zgrubienia opłucnej.

Przy szmerze oddechowym osłabionym brak zwiększonego oporu przy opukiwaniu widujemy przy odmie piersiowej — więc w przypadkach o rokowaniu bardzo wątpliwem; ale taki sam zespół może zależeć od zatkania oskrzeli przez wydzielinę; odkaszlanie mocne zmienia wynik badania.

29. **Obmacywanie mięśni** nad szczytem, jeżeli ujawnia ich stan napięcia (objaw Pottengera), może być dowodem obecności ogniska czynnego.

30. **Mechaniczna nadwrażliwość mięśni** międzyżebrowych po uderzeniu młotkiem, t. j. występowanie wałka prostopadłego do przebiegu żeber (cylindrus idiomuscularis; myödema) jest dowodem charłactwa toksycznego wysokiego stopnia. Wczesne wystąpienie tego objawu pogarsza rokowanie.

31. **Brak objawów stłumienia** wypukowego (czasem i przydźwięk bębnowy) przy obecności patologicznych objawów wysłuchowych i objawów poważnych ogólnych — każe myśleć o peribronchitis tuberculosa, myśleć o gruźlicy rozsianej, więc może mieć znaczenie rokownicze złe; przy nieznacznem natężeniu innych objawów może zależeć od ogniska małego, albo leżącego głęboko. Brak objawów stłumienia wypukowego nad okolicą wykazującą oddech oskrzelowy przemawia za jamą płucną przyścienną.

Przewaga objawów opukowych (stępienia) nad objawami wysłuchowemi — przemawia za istnieniem zbliznowacenia.

32. **Odgłos opukowy bębnowy** *nad wierzchołkiem* może zależeć od nacieczenia zapalnego obocznego (*inflammatio collateralis; oedema collaterale*) w sąsiedztwie świeżego ogniska zapalnego, więc przemawia za sprawą gruźliczą świeżo powstającą, w koło której ścianki pęcherzyków płucnych są wilgotne, straciły część sprężystości, a tkanka płucna rozluźniła się; może jednak ten sam objaw zależeć od niedodmy pewnej okolicy płuc na tle zatkania oskrzelików przez wytwory sprawy swoistej, pochodzące z pęcherzyków; albo od zatkania przez wydzielinę światła oskrzelików; może też ten sam objaw zależeć od odmy obocznej, która powstaje wkoło starego, zagojonego lub podgojonego ogniska. W ostatnim przypadku odgłos opukowy bębnowy jest objawem dobrze rokującym; pamiętać należy o tem, że stępienie wywołane przez bliznę, krzyżując się z odgłosem bębnowym rozedmy obocznej, daje wrażenie opukowe bliskie normalnego.

---

czynność nadnerczy jest odczynem obronnym, wywołanym przez podrażnienie ze strony toksyn gruźliczych; wzmożone napięcie nerwu sympatycznego daje objawy nadczynności gruczołu tarczowego. Takie postawienie tego zagadnienia uzgadnia objawy tej nadczynności z jej znaczeniem rokowniczem pomyślnem — w sensie przezemnie bronionym. Naturalnie, toksyny gruźlicze mogą współcześnie drażnić obydwa w mowie będące gruczoły wkrewne, pobudzając je do nadczynności.

Jeśli mówimy tu o szczytach, to dlatego, że tylko w tej okolicy mamy warunki pozwalające na zróżniczkowanie tego objawu; te same sprawy zachodzące w głębi tkanki płucnej, w innych okolicach płuc, nie są dostępne metodom badania zmian niewielkiego odcinka płuc.

*Odgłos opukowy bębnowy nad większą okolicą płuc* zależy zwykle od rozedmy — rokowanie naogół pomyślne; albo od odmy piersiowej — rokowanie niepomyślne. Może zależeć od wstrząsania powietrza w większem oskrzelu wmurowanem w tkankę płucną zbitą — rokowanie pomyślne; ale to samo oskrzele może przebiegać przez okolicę płuca zapalnie nacieczonego, dając wtedy rokowanie niepomyślne. Odgłos opukowy bębnowy, wykazany na znacznej przestrzeni, zależny od zatkania wydzieliną wielkiej ilości oskrzeli — ma znaczenie rokownicze bardzo niepomyślne (obrzęk płuc).

*Odgłos opukowy bębnowy nad całym płatem* może być wyrazem pierwszego okresu zapalenia płuc serowatego. Odgłos opukowy bębnowy *nad obu płucami* może być wyrazem istnienia drobnych rozrzuconych ognisk prosówkowych, wytwórczych czy wysiękowych, z których każde jest otoczone bądź obrzękiem obocznym, bądź rozedmą zastępczą oboczną. W obu ostatnich przypadkach ma więc ten objaw znaczenie rokownicze złe.

33 **Skrócenie odgłosu opukowego** może mieć różne znaczenie rokownicze; zależy ono od wyparcia powietrza z pęcherzyków płucnych: raz przez wysięk do pęcherzyków (stłumienie odgłosu bardzo silne), innym razem — przez bliznę. Objawy współistniejące łatwo sprawę wyjaśniają, jeśli chodzi o obszar większy. Przy istnieniu tego objawu nad niewielką okolicą płuc trudno bywa rozeznać jego etjologję histologiczną; szczególnie wtedy, jeśli — jako nowy skok choroby — ognisko powstaje w sąsiedztwie tkanki już zabliźnionej.

34 **Wyjaśnianie się stłumienia**, zmniejszanie się obszaru stępienia, jest dowodem cofania się sprawy patologicznej, głównie — wessania się wysięku zależnego od zapalenia obocznego. Jest to objaw pomyślny, zarówno przy sprawie ostrej po skoku choroby, jak i przy sprawie przewlekłej, kiedy zmniejszanie się ogniska zależy od kurczenia się blizny, a wyjaśnianie się stłumienia od przyłączającej się rozedmy obocznej; ostatnio wymienione zmiany wymagają o wiele dłuższego czasu, niż pierwsze; przy gojeniu się może jednak konsolidacja dać tak twardą bliznę, że współcześnie z kurczeniem się obszaru potęguje się twardnienie i daje stępienie coraz to wyraźniejsze, które łatwo może pokryć objawy rozedmy miejscowej; naturalnie, rozpoznanie blizny pozwala na rokowanie dobre.

35. **Przemieszczenie serca** w zależności od wysięku lub odmy piersiowej nie daje oparcia rokowaniu; w nieobecności tych dwu domniemanych przyczyn świadczy o obecności kurczących się zrostów, o charakterze włóknistym zmian gruźliczych. Odsłonięcie powierzchni serca, zwiększenie się tępości serca względnej, świadczy też o kurczeniu się bliznowatem tej okolicy płuc, która normalnie zachodzi na serce.

36. O wiele więcej aniżeli dane opukowe, dają **dane osłuchowe** przy klasyfikowaniu i rokowaniu w suchotach. W szczytach, więc w okolicy płuc najbliżej powierzchni położonej, mamy *osłabienie szmerów oddechowych* jako wynik functionis laesae, oszczędzania płuc, już przy zmianach nieznacznych zapalnych w tkance płucnej; przyczyną osłabienia szmerów oddechowych może być też zatkanie oskrzelików, a — pozatem — od tego zależna nie dodma; to osłabienie zależeć też może: od rozedmy otaczającej ognisko zabliźnione; od zwłóknienia i skurczenia się blizny tkanki płucnej; od zapalenia opłucnej wierzchołkowego. Prócz przyczyn dwu pierwszych — są to wszystko sprawy dające rokowanie pomyślne.

*Wydech wydłużony* słyszalny w szczycie zależy od wysiłku czynnościowego, z jakim — wraz ze zmniejszeniem się elastyczności tkanki płucnej — powietrze jest czynnie wydalane akt zależny normalnie od biernego spadania się tkanki płucnej Te same warunki są przyczyną zaostrzenia się wydechu. Są to objawy sprawy szczytowej początkowej.

*Oddech szorstki* nic nie daje z punktu widzenia nas zajmującego, bo świadczy jedynie o chropowatości ścian oskrzeli; toż samo należy powiedzieć o tak zw. oddechu przerywanym, słyszanym nad szczytami płuc.

Tak zwany *oddech nieokreślony* jest właściwy okolicy dotkniętej rozedmą; słyszymy go też nad okolicą płuc, w której część oskrzeli jest zatkana lub zanikła, nad okolicą płuc skurczonych — towarzyszy więc sprawom łagodnym. Ale zależeć może i od obecności licznych ognisk drobnych rozrzuconych po płucu — wtedy ma znaczenie rokownicze złe.

*Szmer oddechowy oskrzelowy* jest dowodem wypchnięcia powietrza z pęcherzyków płucnych (wysięk do pęcherzyków; zastąpienie powietrza tkanką zbitą, n. p. w ścianach jamy). Przy nacieczeniu pęcherzyków, przypadek pierwszy, mamy oddech oskrzelowy mocno wyrażony — n. p. przy zapaleniu płuc serowatem; im więcej jest tu wyrażona skłonność do zwłóknienia, tem mniej jaskrawo występuje charakter oskrzelowy szmeru oddechowego; obecność ognisk niewielkich, rozrzuconych po płucu, nie wyraża się w szmerze oddechowym oskrzelowym, lecz w szmerze o charakterze łagodnie zaostrzonym.

Oddech oskrzelowy zależny od spraw gruźliczych przyoskrzelowych (*peribronchitis tuberculosa*) może być wybitnie wyrażony, a brak współcześnie istniejącego stłumienia wypukowego odróżnia go od sprawy pneumonicznej; wtedy jest to zespół, jeśli mu towarzyszą objawy ogólne właściwe skokowi choroby — źle rokujący, gorzej, aniżeli objawy pneumoniczne.

Oddech oskrzelowy zależny od nacieczenia zapalnego płuc, odróżnić od oddechu zależnego od stwardnienia, nieraz można jedynie na podstawie objawów współistniejących, miejscowych (trzeszczenia, rzężenia, chrzęsty wilgotne) i ogólnych.

Obecność *oddechu dzbanowego*, szczególnie z przydźwiękiem metalicznym, mówi o jamie, mówi o odmie piersiowej; czasem jednak zależy od powietrza zawartego w oskrzelu większem, wmurowanem w tkankę włóknistą, lub nacieczoną.

37. **Obecność rzężeń** wszelkiego typu jest dowodem sprawy niezagojonej. Ich brak zupełny mamy nad ogniskami zabliźnionemi, ale i tu wysłuchać możemy czasem pomruki, furczenia, warczenia, chrobotania, a nawet rzężenia zależne: od zwężeń w przebiegu oskrzeli (świsty); od wydzieliny nieżytowej, zatrzymanej w oskrzelu przełamanem przez kurczenie się tkanki płucnej; od obecności fizjologicznej wydzieliny oskrzelowej w kolbowato rozszerzonym kikucie oskrzela, którego koniec zanikł w bliźnie płucnej. Objaw zależny od ostatnio wymienionej zmiany anatomicznej może przez całe lata towarzyszyć gruźlicy płuc zupełnie wygojonej.

Obecność licznych rzężeń o charakterze tak rozmaitym, jak wyżej podano, pokrywa sobą nieraz objawy powstające w płucach; rozpoznajemy wówczas cierpienie przewlekłe oskrzeli zamiast cierpienia płuc; najczęstsza to omyłka w przebiegu suchot u starców (rozedma maskuje ton opukowy krótszy nad stwardniałym miąższem płuc).

*Rzężenia wilgotne* mają znaczenie rokownicze niepomyślne, kiedy mają charakter grubo-bańkowy; są objawem jamowym, złym, gdy słychać je zbliska; mogą jednak zależeć i od wilgotnego nieżytu oskrzeli większych. Trzeszczenia, odmiana rzężeń suchych, słyszane tylko przy wdechu, są charakterystyczne dla obecności wysięku w pęcherzykach płucnych, dla spraw pneumonicznych.

*Chrzęsty*, rzężenia wilgotne średnio-bańkowe, dające się liczyć, występujące niejako serjami, zwane przez francuzów: *craquement humide*, nie tak gęste, jak trzeszczenia, są wyrazem istnienia zserowacenia rozmiękczającego miąższ płuc (*ulceratio parenchymatosa*). Ponieważ wysłuchać je można nietylko przy końcu wdechu, ale i przy wydechu, należy przypuścić, że wywołuje je rozmiękająca zawartość pęcherzyków, wysuwająca się już do oskrzelików. Chrzęsty możnaby porównać do dźwięku, jaki wydaje cieniutka blaszka załamywana tuż pod powierzchnią wody; niemcy nazywają te rzężenia: *Käserasseln*. Znaczenie ich rozpoznawcze jest bardzo wielkie, ponieważ są objawem czysto wysłuchowym właściwym zmianom gruźliczym serowatym. Mają znaczenie rokownicze niedobre, ponieważ świadczą o rozmiękaniu osłuchiwanej okolicy tkanki płucnej.

*Dźwięczność*, metaliczność rzężeń świadczy o sąsiedztwie bądź jamy, bądź nacieczenia twardego, okoliczność nadająca szczególny, w porównaniu z innemi rzężeniami, charakter temu objawowi.

38. **Wysłuchiwanie głosu (bronchophonia)** ma to samo znaczenie, co drżenie klatki piersiowej; obecność dobrego przewodnictwa głosu przy braku drżenia mówi o obecności zgrubień i zrostów opłucnej, o sprawie nieczynnej.

*Wysłuchiwanie szeptu (bronchophonia aphona; chuchottement)* daje często pewniejsze oparcie, aniżeli wysłuchiwanie głosu pełnego; szept bywa niekiedy jedynym objawem istnienia ogniska gruźliczego nieznacznych rozmiarów.

39. **Obecność jam** jest objawem rokowniczym złym. Nie tak jednak złym, jak to dotąd mniemano. Spotykamy chorych u których obecność jam spostrzegamy przez całe dziesiątki lat, jamy zamknięte, otorbione całkowicie. Jamy małe mogą się wogóle zabliźnić. Te z nich, które nie dają żadnych objawów klinicznych, które jedynie widoczne są przy pomocy aparatu Roentgena — nie ważą wiele w rokowaniu.

40. **Odma płucna** zawsze obciąża rokowanie, szczególnie powikłana wysiękiem. I tu jednak aparat Roentgena może wykryć niewielkie ogniska powietrzne przyścienne, które mało ważą, albo wcale, przy rokowaniu.

41. **Roentgenografja i roentgenoskopja** mówi w pierwszym rzędzie o rozmiarach zmian gruźliczych. Z natężeniem choroby rozmiary zmian gruźliczych można utożsamić jedynie w przypadku obecności zmian wyłącznie włóknistych, których skutki dla zdrowia są w stosunku prostym do szkody, jaką ponosi ustrój wskutek zniszczenia danego obszaru tkanki płucnej z zawartemi w niej naczyniami limfatycznemi, tętnicami i żyłami, z następstwami wszystkich tych zmian mechanicznemi: ze strony krążenia, kośćca klatki piersiowej, przeciągnięcia narządów śródpiersia. O jakości zmian w płucach mówi przyrząd Roentgena głównie w przypadkach: gruźlicy prosówkowej, nacieczenia płatowego, przy obecności jam lub odmy piersiowej (w obu ostatnich przypadkach — nie zawsze); zdjęcia szczytów dają pewne rozpoznanie jakościowe (zmiany wytwórcze czy wysiękowe) w znacznej liczbie przypadków. Ściślejsze rozpoznanie jakościowe udaje się jednak i w przypadkach najczęstszych — rozwiniętych suchot płucnych, w przypadkach mieszanych: wysiękowych i wytwórczo-włóknistych.

Wraz jednak z rozszerzeniem możności ściślejszego rozpoznania między temi dwoma typami zmian jakościowych gruźliczych, staje przed lekarzem-praktykiem postulat umiejętności odczytywania kliszy, umiejętności analizowania otrzymanych na kliszy obrazów. Nie technika zdjęcia, tylko ta czynność różniczkowo-rozpoznawcza stanowi istotę sztuki roentgenowskiej, bo wymaga znajomości i aparatu i nauki o gruźlicy w jej obecnym okresie. Dlatego to rozpoznanie należy całkowicie pozostawić biegłemu specjaliście; odczytywanie klisz przez lekarzy-praktyków prowadzi aż nadto często do mylnych wniosków i do dyskredytowania metody, stanowiącej tak potężny postęp djagnostyczny.

Oto schemat, podług którego roentgenolodzy klasyfikują zmiany przy suchotach płucnych na płycie widoczne.

A. *Ognisko gronkowo-wysiękowe (focus acinoso-exsudativus)*; wysięk gruźliczy ograniczony do gronka tkanki płucnej: na płycie cień zgęszczenia niesymetryczny, w postaci listka koniczyny lub okrągły, nieodgraniczony ostro, o brzegach rozlanych, mętnych.

B. *Ognisko zrazikowo-serowate (focus lobulo-caseosus)*; zapalenie płuc odoskrzelowe z zserowaceniem. Na płycie: cień zgęszczenia większy, zamazany, różno-postaciowy, plamisty, ze skłonnością do zlewania się.

C. *Ognisko gronkowo-wytwórcze (focus acinoso-productivus)*: ograniczona do wielkości gronka płucnego — tkanka gruźlicza wytwórcza.

D. *Ognisko gronkowo-guzkowe (focus acinoso-nodosus)*; guzek powstały z połączenia się ognisk gronkowo-wytwórczych. Na płycie dają C i D cienie zgęszczenia w postaci wielkich lub małych listków koniczyny średnio zgęszczonych, dobrze odgraniczonych, nieotoczonych rozlanem zmętnieniem.

E. *Ognisko stwardnienia (focus indurationis)*; ognisko gronkowo-guzkowe lub zrazikowo-serowate — przeistoczone wskutek utraty wody i koagulacji, zarówno jak dzięki rozwojowi tkanki łącznej.

F. *Ognisko marskie (focus cirrhoticus)*: rozlane stwardnienie z bliznowatem kurczeniem się. Na płycie dają E i F: nieregularne cienie zgęszczenia, małe i większe, najczęściej ułożone grupkami. Przy istniejącem kurczeniu się tkanki płucnej otoczone rozlanem ściemnieniem. Rozwój tkanki łącznej widoczny jako cienie pasmowate nieprawidłowo się rozwidlające.

G. *Ognisko śródmiąższowe gruzełkowe (focus interstitialis miliaris)*; gruzełek prosówkowy prawdziwy; guzek prosówkowy powstający w tkance śródmiąższowej. Na płycie: drobne punkcikowate ogniska, mniej lub więcej zbite, rozrzucone po całej powierzchni obu pól płucnych.

Postęp, jaki kryje w sobie możność określania charakteru spraw gruźliczych przy pomocy płyty roentgenowskiej, jest niewątpliwy Jakkolwiek każdy przypadek suchot płucnych przewlekłych zależy od kombinacji spraw różnego wieku i charakteru jakościowego, wielką ma wartość możność sprawdzenia, jaka sprawa przeważa. Metoda jest nowa i nie zawsze daje wyniki pewne — jak i inne metody badania. A przytem, nie tylko charakter zmian gra rolę przy rokowaniu. To też, wyniki badań otrzymane metodą roentgenowską zawsze powinny być uważane za dopełnienie wyników otrzymanych innemi metodami badania.

42. **Powikłanie gruźlicą innych narządów** zawsze pogarsza rokowanie; przy klasyfikowaniu suchot płucnych nie są objawy tych powikłań brane w rachubę. Do rozpoznanej postaci klinicznej należy jednak zawsze dopisać stwierdzone powikłanie pozapłucne. (dok nast.).

---

Dr. Stanisław LASKOWNICKI, asystent kliniki. Lwów-Paryż.

## Badania nad głębokiem odkażeniem okolicy ran zakażonych u myszy.

Z pracowni prof. Danysza (Instytut Pasteura).

Dopełnieniem naszych poprzednich badań nad działaniem bakterjobójczem roztworów jodowych [1]) są niniejsze doświadczenia dokonane nad zakażeniem paciorkowcowem u myszy i nad sposobami doraźnego powstrzymania tegoż. Chodziło mi o odpowiedź na następujące pytania:

1) Czy za pomocą słabych roztworów jodowych, silnie bakterjobójczych *in vitro* uda się odkażać ognisko zakaźne względnie zakażenie umiejscowić.

2) Jak wypadnie porównanie działania słabego roztworu wodnego jodu z usilnie polecanym i zachwalanym przez Morgenrotha Rivanolem, środkiem, który dziś jest — zwłaszcza w Niemczech — uważany za najlepiej działający antyseptyk w tkance organizmu żyjącego.

3) Czy t. zw głębokie odkażanie okolicy ran zakażonych (*Tiefenantisepsis*) jest środkiem pewnym, i czy ma wobec tego jakąś przyszłość.

Doświadczenia moje robiłem posługując się techniką Morgenrotha [2]) t. zn. mysz białą zakażałem przez wstrzyknięcie podskórne 0 2 $cm^3$ 24-godzinnej kultury buljonowej paciorkowca, silnie dla myszy jadowitego — poczem miejsce zakażenia dokładnie obstrzykiwałem odpowiednim roztworem przeciwgnilnym. Mysz po 24 godzinach zabijałem chloroformem, robiłem sekcję, krew zasiewałem na agar zwykły, agar cukrowy i buljon.

Ten sposób postępowania nie okazał się jednak dobrym, gdyż w przeważnej ilości przypadków sekcja po 24 godzinach nie wykazywała żadnych zmian, krew zaś była jałową.

Wobec tego w dalszej części moich doświadczeń postępowałem w ten sposób, że mysz po zakażeniu obserwowałem (czasem 6—8 tygodni — dopiero po tym okresie uważałem mysz za zdrową) oczekując rozwinięcia się objawów zakażenia. Sekcję wykonywałem o ile możności natychmiast po śmierci

---

[1]) Praca przedstawiona na posiedzeniu Tow. Biologji w Paryżu. 26. VII. 1924. Streszczenie tej pracy ogłoszono w Comptes rendus de Soc. de Biologie. Tom XCI. str. 681.

[2]) Klin. Wochenschrift 1922 Nr. 8.

zwierzęcia — zwierzęta umierające dobijałem chloroformem. Postępowanie to okazało się lepszem i dokładniejszem, gdyż u wielu myszy zakażenie ogólne występuje dopiero w 5-tym lub 6-tym dniu po zakażeniu, czasem zaś aż po kilku tygodniach.

Doświadczenie robiłem w następujący sposób: myszy zakażałem przez wstrzyknięcie 0.2 $cm^3$ 24 godzinnej kultury bulionowej paciorkowca, następnie miejsce zakażenia obstrzykiwałem za pomocą 0.5 $cm^3$ płynu Lugola (*jodi 1 kali jodat. 2 aquae dest. 200*), 0.5 $cm^3$ 1% roztworu azotanu srebra, 0.5 $cm^3$ wody jodowej (1 $cm^3$ 5%-owej trae jodi na 100 $cm^3$ wody), 0.5 $cm^3$ roztworu Rivanolu 1 : 500, 1 : 1000 i 1 : 5000.

Myszom kontrolnym miejsce zakażenia obstrzykiwałem za pomocą 0.5 $cm^3$ rozczynu fizjologicznego soli kuchennej. Wreszcie w celu przekonania się czy wzmożenie lokalne leukocytozy przeciwdziała zakażeniu paciorkowcem obstrzykiwałem miejsce zakażenia 0.5 $cm^3$ 1%-wego roztworu kwasu nukleinowego lub 1% roztworem nukleinianu sodowego.

Zanim przedstawię wyniki moich doświadczeń opiszę pokrótce przebieg zakażenia paciorkowcami u myszy.

Zaznaczyć trzeba na wstępie, że myszy różnie na zakażenie paciorkowcowe reagują; zależne to jest z jednej strony od jadowitości i ilości wstrzykniętych drobnoustrojów, z drugiej strony od indywidualnych właściwości zwierzęcia (waga, wiek, choroba, ciąża, mniejsza lub większa wrodzona odporność na zakażenie).

Biorąc zwłaszcza ten drugi warunek pod uwagę (gdyż pierwszy łatwiej można ustalić) przeprowadziłem doświadczenia na wielkiej ilości myszy (około 200), by móc w ten sposób ocenić przeciętnie (procentowo) działanie danego środka. Myszy kontrolne zachowywały się w następujący sposób: Przez pierwsze 24 godzin po zakażeniu zwykle są mniej ruchliwe i robią wrażenie chorych. W dalszym przebiegu ze względu na przebieg zakażenia podzielić je trzeba na trzy grupy:

G r u p a I. Mysz ginie w przeciągu 24—48 godzin po zakażeniu. Sekcja wykazuje ropowicę podskórną (w ropie wiele ciałek białych i paciorkowców) zapalenie wysiękowe otrzewnej i opłucnej (w wysięku paciorkowce i liczne ciałka białe), powiększenie śledziony, wątroba i nerki blade, treść jelitowa żółtawa, płynna (*enteritis*) we krwi leukocytoza i liczne paciorkowce często sfagocytowane — obfity wzrost ze krwi zasianej na agarze zwykłym. Typowy obraz ogólnego szybko przebiegającego zakażenia (*sepsis*).

G r u p a II. Ropowica podskórna (często niema ropowicy) zapalenie otrzewnej krwotoczne — w preparacie mikroskopowym liczne ciałka czerwone i białe, n i e l i c z n e p a c i o r k o w c e — albo też wcale ich się nie znajduje, pozatem nigdzie w organiźmie paciorkowców nie znajduje się, nie wyrastają ze krwi ani na agarze zwykłym ani na glukozie. Śmierć zwierzęcia następuje w 24—48 godzin po zakażeniu z powodu zapalenia ostrego otrzewnej *per continuitatem*. Zaznaczyć muszę, że w celu uniknięcia injekcji do jamy brzusznej, zwierzęta zakażałem wstrzykując paciorkowce pod skórę grzbietu w okolicy kości krzyżowej.

G r u p a III. Mysz ginie w 4 lub 5 dni po zakażeniu. W miejscu wstrzyknięcia przekrwienie pod skórą, śledziona powiększona. Paciorkowców w żadnym narządzie ani we krwi żadnym sposobem nie udaje się wykazać śmierć z powodu zatrucia endotoksynami?

Są wreszcie myszy kontrolne takie, które są na zakażenie paciorkowcami odporne, nie wykazują żadnej reakcji, podczas gdy równocześnie i w takich samych warunkach zakażone inne myszy, i następowo leczone przez obstrzykanie miejsca zakażenia Rivanolem giną w krótkim czasie na *sepsis*.

Zauważyłem, że myszy odporne na zakażenie paciorkowcem, któremu inne myszy ulegają, zachowaniem swem zbliżają się do myszy szarych. Są to myszy bardzo ruchliwe i dzikie, dające się z trudnością w słoju ująć.

Z usposobienia ich wynika również inne zachowanie się po zakażeniu. Mysz biała po zakażeniu znajduje się w stanie shok'u i przerażenia; Chowa się pod watę w naczyniu, oddycha szybko i nie rusza się ze swego miejsca — po jakimś czasie (zwykle ½ godziny lub godzina) przychodzi do siebie. Mysz dzika, tuż po zakażeniu, siada na tylnych łapach i miejsce zakażenia starannie i żywo wylizuje starając się wycisnąć płyn wstrzyknięty.

Są też i myszy, które p o z o r n i e nie ulegają zakażeniu, giną dopiero po 4-ech lub 6-ciu tygodniach. Sekcja wykazuje paciorkowce we krwi, śledzionie i wątrobie, zwyrodnienie miąższowe śledziony, wątroby i nerek, czasem jak to spostrzegałem w jednym przypadku ropne zapalenie stawów skokowych (w obrazie mikroskopowym liczne ciałka białe i paciorkowce często sfagocytowane).

Posługując się techniką M o r g e n r o t h a t. zn. zabijając myszy chloroformem w 24 godzin po zakażeniu otrzymałem wyniki następujące:

TABLICA I.

| Ilość | Myszy leczone | Są objawy sepsis i paciorkowce we krwi | Niema żadnych objawów, krew jałowa |
|---|---|---|---|
| 7 | kontrolne | 2 | 5 |
| 8 | leczone wodą jodową | 1 | 7 |
| 5 | płynem Lugola | | 5 |
| 10 | roztw. azotanu srebra 1% | 2 | 8 |
| 4 | kw. nukleinowym 1%-owym | 4 | |
| 4 | nukleinianem sodowym 1%-wym | 4 | |
| 6 | Rivanolem 1 : 500 | 1 | 5 |
| 7 | Rivanolem 1 : 1000 | 5 | 2 |
| 6 | Rivanolem 1 : 5000 | 3 | 3 |

Jak widzimy z powyższej tablicy wynik sekcji u myszy zakażonej paciorkowcami bywa przeważnie po 24 godzinach ujemny, nawet u myszy kontrolnych. Jedynie u myszy którym miejsce zakażenia obstrzykane zostało 1% roztworem kwasu nukleinowego lub nukleinianu sodowego sekcja dawała obraz *sepsis*, paciorkowce zaś wyrastały łatwo we krwi.

Ten błędny sposób postępowania był powodem wysnucia przez M o r g e n r o t h a błędnych wniosków w odniesieniu do Rivanolu, o którym M o r g e n r o t h twierdzi, że przeciwdziała wytworzeniu się ropowicy i zakażeniu ogólnemu u myszy białej.

Do podobnie błędnego wniosku możnaby dojść na podstawie moich doświadczeń odnośnie do działania 1% roztworu azotanu srebra, gdyż przy używaniu tego środka z 10 ciu myszy 8 nie wykazywało żadnych zmian po 24 godzinach.

Przypuszczając, że objawy zakażenia mogą występować u myszy później, postanowiłem czekać, aż myszy padną i obserwować je przez przeciąg 4—6 tygodni, przekonałem się bowiem, że dopiero po tym okresie mysz można uważać za zdrową.

Wyniki doświadczeń w ten sposób przeprowadzanych przedstawia tablica II.

Jak widzimy z powyższej tablicy 60% myszy kontrolnych ginie na *sepsis*, 6·5% po przebyciu ograniczonej ropowicy przychodzi do zdrowia, zaś 20% myszy jest na zakażenie odporne.

Ze środków używanych do doraźnego odkażenia ogniska zakażenia okazuje najlepsze działanie słaby wodny roztwór jodu (woda jodowa) chroni bowiem myszy od zakażenia

TABLICA II.

| Stosowany środek | Ilość myszy | Zdechają po dniach: 24–48 godzin | | 3–5 dniach | | 7–10 dniach | | 4–6 tygodni | | Procentowo ulega zakażeniu razem | Phlegmone i wyleczenie | Procentowo | Niema żadnych objawów zakażenia | Procentowo | Phlegmone i późna śmierć | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | są objawy sepsis | niema | są objawy sepsis | niema | są objawy sepsis | niema | są objawy sepsis | niema | | | | | | | |
| kontrolne NaCl. | 30 | 10 | | 6 | 2 | | | | | 18=60% | 4 | 13·5% | 6 | 20% | 2=6·5%* | *) U jednej z tych myszy sekcja wykazuje sepsis, krew ujemna. |
| leczone wodą jodową | 31 | 3 | 1 | 5 | | 1 | | 1* | | 11=35.8% | 2 | 6·2% | 18 | 58% | | *) Obraz sepsis paciorkowce we krwi, |
| leczone płynem Lugola | 14 | 2 | | 2 | 2 | | | | | 6=42.6% | 3 | 21·3% | 5 | 36·1% | | |
| leczone kwasem nukleinowym | 6 | 2 | | 3 | | 1 | | | | 6=100% | | | | | | |
| leczone nukleinianem sodowym | 6 | 3 | | 3 | | | | | | 6=100% | | | | | | |
| leczone azotanem srebra | 11 | 3 | 1 | 2 | | | | 1* | | 7=63·6% | 4 | 36·4% | | | | *) Ropień okołonerkowy sepsis paciorkowcowa we krwi. |
| Rivanolem 1:500 | 10 | 3 | | 3 | | | | | | 6=60% | | | 4 | 40% | | |
| Rivanolem 1:1000 | 12 | 4 | | | | | | | | 4=33·3% | 4 | 33·3% | 4 | 33·3% | | |
| Rivanolem 1:5000 | 9 | 2 | | 2 | | | | 1* | | 5=55·6% | | | 4 | 44·4% | | *) Sepsis, ropne zapalenie stawów skokowych |

w 58% przypadków. Żadnego szkodliwego działania na tkankę nie stwierdziłem.

O wiele mniej pewnie działa płyn Lugola. Płyn ten ma już własności ścinania białka — to też po wessaniu się jodu do organizmu, w jakiś czas po wstrzyknięciu płynu Lugola w tkankę podskórną, pozostaje w miejscu wstrzyknięcia doskonała pożywka ze ściętego białka, dla drobnoustrojów, które pozostały przy życiu; odporność lokalna okolicznej tkanki, zostaje zbyt silnym urazem, jaki płyn Lugola wywołuje, znacznie osłabiona, sama zaś hyperleukocytoza nie wystarcza do powstrzymywania rozwijającego się wśród sprzyjających warunków zakażenia.

Płyn Lugola daje dobre wyniki jedynie w leczeniu gruźliczych ropni opadowych, gdzie nie tyle chodzi o odkażenie, ile o użycie silnego bodźca celem podrażnienia leniwie bujającej tkanki granulacyjnej, jak również o zadziałanie dużemi dawkami jodu na cały organizm.

Jeszcze większy uraz wywołuje 1% roztwór azotanu srebra. Jak wielkie to ma znaczenie w obronie organizmu przed zakażeniem okazuje się z powyższych doświadczeń: z myszy kontrolnych ulega zakażeniu 60%, z myszy, gdzie miejsce zakażenia obstrzykano silnym roztworem $AgNO_3$ ginie na zakażenie 63·6%, 36·4% zaś przebywa ropowicę podskórną. Rivanol w rozczynie 1 : 500, 1 : 1000 i 1 : 5000 nie jest środkiem tak pewnie zapobiegającym zakażeniu paciorkowcem u myszy jak to wynika z doświadczeń Morgenrotha. Zdarzało mi się często, że myszy leczone wstrzykiwaniami Rivanolu ginęły, szybciej od myszy kontrolnych; sekcja wykazywała typowy obraz *sepsis*, paciorkowce można było łatwo i w dużych ilościach wykazać już w preparacie rozciąganym ze krwi, wyrastały obficie na pożywkach W jednym przypadku wykazałem u myszy leczonej Rivanolem, która padła w 5 dni po zakażeniu, poza ogólnem zakażeniem, wysiękowe zapalenie stawów skokowych (w preparcie drobnowidowym olbrzymia ilość paciorkowców w pięknych łańcuszkach oraz wiele ciałek białych — obfity wzrost na agarze). Jedna z myszy uległa zakażeniu wraz z ropnem zapaleniem stawów w 5 tygodni po zakażeniu. Znaczna część myszy leczonych Rivanolem dostaje ropowicy, która ogranicza się, ropień pęka i do 14 dni następuje wyleczenie. I w tych przypadkach Rivanol nie wywarł żadnego skutku — wyleczenie zwierzęcia należy przypisać jedynie jego indywidualnej odporności, która była przeszkodą uogólnienia się raz powstałego zakażenia.

Preparaty nukleinowe nie chronią żadnej myszy od śmierci — owszem w porównaniu ze zwierzętami kontrolnemi wydaje się jakoby kwas nukleinowy przez wywołanie miejscowej hyperleukocytozy stwarzał warunki korzystne do uogólnienia się zakażenia. Prawdopodobnie zwabione do ogniska zakażenia w znacznej liczbie ciałka białe roznoszą sfagocytowane a nie zabite drobnoustroje po całym organiźmie wywołując tem łatwiej ogólne zakażenie.

Wyniki tych doświadczeń możnaby streścić następująco:

Paciorkowce wywołują u myszy prawie wszystkie schorzenia jakie wywołują u człowieka, a więc: ropowicę, wszystkie stopnie zapaleń błon surowiczych (*pleuritis, peritonitis exsudativa* lub *haemorhagica, arthritis serosa* lub *purulenta)* ropnie przerzutowe, *sepsis* i t. d.

Środkiem powstrzymującym najlepiej zakażenie okazała się woda jodowa, nie wywołująca w tem stężeniu uszkodzenia tkanki. Płyny silnie białko ścinające jak płyn Lugola a zwłaszcza 1% wy roztwór azotanu srebra (wywołujący czasem martwicę tkanki) przez silny uraz tkanki niszczą jej siłę obronną i stwarzają przez to warunki dla rozprzestrzenienia się zakażenia korzystne

Co do Rivanolu — to jeżeli weźmiemy pod uwagę, że 20% myszy jest wogóle na zakażenie paciorkowcem odporne okaże się, że jest to środek chroniący myszy od zakażenia w niewielkim procencie.

Rivanol, który niema żadnego działania bakterjobójczego *in vitro*, nie wywiera również takiego działania i w tkance. Przypuścić trzeba, że środek ten działa pośrednio na drobnoustroje, działając jedynie na tkankę organizmu t. j. drażniąc ją lekko i pobudzając przez to do żywszej obrony. Tkankom stałym organizmu przypisuje M u c h bardzo wielką rolę w obronie organizmu przed zakażeniem — podobną myślą wiedziony B e z r e d k a poleca leczenie spraw ropnych filtratami bakteryjnemi, podrażniającemi do obrony tkanki okolicy zakażonej. Prawdopodobnie jednak Rivanol w słabych stężeniach ma zamało drażniące działanie, w stężeniach zaś 1 : 1000 i 1 : 500 już wywołuje uszkodzenia tkanki, jak to w ostatnich czasach nieśmiało tu i ówdzie zostaje stwierdzane — wywołuje więc skutek wręcz przeciwny.

Doświadczenia powyższe stwierdzają, że doraźne odkażenie głębokie rany przez obstrzykanie jej okolicy środkami antyseptycznemi nie jest środkiem pewnie chroniącym od rozprzestrzenienia się zakażenia. Wydaje mi się, że sposób ten nie ma przyszłości — a Rivanol ulegnie niedługo losom wucyny t. zn. zapomnieniu.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć podziękowanie JWP. prof. D a n y s z o w i za umożliwienie mi wykonania tej pracy w Jego pracowni w Instytucie Pasteura.

## Z praktyki.

Doc. Dr. Tadeusz TEMPKA. Kraków.

### Przyczynek do symptomatologji choroby Recklinghausena (Neurinomatosis).

Z I. Kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Witold O r ł o w s k i

W maju roku szkolnego 1923/24 zgłosiła się do kliniki chora S. O., 58 letnia panna, robotnica (L. dz. kl. 333), u której badanie stwierdziło następujące dane:

W y w i a d y: chora o niskim stopniu inteligencji, podaje jedynie, że przed 20-tu laty zauważyła dużą »gruzłę« pod lewym sutkiem, która ma stale wzrastać aż do obecnej chwili. Z biegiem czasu pojawiły się liczne inne »gruzły« na skórze całego ciała. Pozatem przebyła przed 3-ma laty »hiszpankę«, przed 2 laty dur brzuszny (?); jakiś dwukrotny zabieg chirurgiczny na szyji. Miesiączkować zaczęła w 16-ym roku życia, skończyła zaś przed 40-tym; miesiączki były bardzo skąpe i bolesne, przychodziły nieregularnie raz na parę miesięcy, a nawet i przez cały rok się wstrzymywały. Dziedzicznego obarczenia nie ma.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e: Wzrost 144 cm, waga 40 kg, budowa wątła, odżywienie liche. Głowa duża kwadratowa, symetryczna o obwodzie 54 cm. Skóra wilgotna, tkanka tłuszczowa bardzo skąpa. Wyraz twarzy apatyczny. Na skórze tułowia, zwłaszcza z przodu, na brzuchu, kończynach górnych i w mniejszym stopniu na udach widać bardzo liczne guzki, w ogólnej liczbie kilkuset, niesymetrycznie rozsiane, wielkości główki od szpilki do wielkości orzecha laskowego, jeden, wielkości jaja kurzego, usadowiony w okolicy lewego łuku żebrowego, czyni wrażenie sutka dodatkowego. Barwa guzków jest bronzowa, częścią blada, spoistość miękka; guzki sięgają podstawą do tkanki podskórnej, siedzą luźno w skórze, dając się łatwo w głąb wcisnąć. Bolesności samoistnej nie okazują, natomiast są na ucisk wyraźnie tkliwe. Po za tem okazuje skóra całego ciała głównie zaś części jej, objęte guzkami, bardzo liczne brunatne plamki barwikowe, niekiedy dość znaczne, jak widać z załączonego zdjęcia fotograficznego, częścią i miejsca pozbawione barwika skórnego. W obrębie skóry szyji widoczne dwie blizny pooperacyjne, wskazujące na strumektomję. Owłosienie głowy, jak również i brwi bardzo skąpe; zupełny brak owłosienia pod pachami, również bardzo skąpe owłosienie zewnętrznych części płciowych. Palce rąk i nóg krótkie, grube, chłodne i wybitnie sine, przy braku jakichkolwiek objawów niedomogi mięśnia sercowego; paznokcie wszystkich kończyn okazują zmiany odżywcze. Mięśnie wiotkie, prawa ręka wykazuje na dynamometrze najwyżej 7, lewa 9 kgm. W obrębie narządu oddechowego stwierdza się mierną rozedmę płuc, w zakresie narządu krążenia znaczną miażdżycę tętnic obwodowych. Odnośnie do przewodu pokarmowego należy podnieść obecność jedynie 4 spróchniałych zębów, przyczem trzeba zaznaczyć, że chora już od 20-go roku życia poczęła tracić zęby przez wypadanie, bez jakichkolwiek bólów. Mocz bez zmian. Badanie układu nerwowego nie stwierdza żadnych nieprawidłowych odruchów. W obrębie narządów zmysłowych stosunki prawidłowe. Odczyn Wassermana w surowicy krwi ujemny. Badanie inteligencji chorej stwierdza wyraźny niedorozwój umysłowy.



Z zestawienia powyższych objawów, mianowicie zmian skórnych w postaci guzków o cechach nowotworowych i zmian barwikowych, istniejących co najmniej od wczesnej młodości, jak z drugiej strony upośledzenia umysłowego chorej wynika, że mamy przed sobą typowy, pełny obraz choroby Recklinghausena t. zw. *neuro fibromatosis*, względnie *neurinomatosis*, którą to nazwę wprowadzają N o w i c k i i O r z e c h o w s k i (1); podłoże swoje ma ona w nazwie *neurinoma*, zapoczątkowanej przez V e r o c a y'a (2) zamiast określenia *neurofibroma*, dla zaznaczenia, że utkanie guzów w chorobie Recklinghausena jest tylko pozornie tkanką łączną, w rzeczywistości zaś zupełnie swoistem utkaniem pochodzenia nerwowego.

Przypadek ten ogłaszam ze względu na kilka szczegółów, które o ile mogę wnosić z piśmiennictwa, nie były dotychczas podnoszone, a mogą mieć pewne znaczenie, jakkol-

wiek nie dla istoty, to w każdym razie dla symptomatologji tego względnie rzadkiego obrazu chorobowego.

Badanie układu mimowolnego: po wstrzyknięciu podskórnem 0·01 g chlorku pilokarpiny wystąpiły w ciągu 20 minut wymioty, ciągłe nudności, bardzo silny kilkogodzinny ślinotok i bardzo silne ogólne poty. Ponadto trzeba zaznaczyć, że skóra chorej, niezależnie od zastosowania pilokarpiny, była stale wilgotna i że od szeregu lat okazywała chora silną skłonność do potów, tak dziennych, jak i nocnych. Wyrazem silnego odczynu wagotonicznego była również bardzo wybitna niemiarowość tętna oddechowa i dodatni objaw Erbena-Ortnera. Badanie układu współczulnego wykazało kilkakrotnie bardzo wybitnie dodatni odczyn Loewi'ego, co przemawiało za sympatykotonją. Natomiast zupełnie innych wyników dostarczyło zachowanie się ustroju po podskórnem wstrzyknięciu 1 mg adrenaliny: krzywa ciśnienia tętniczego badana 3-krotnie wykazała tylko minimalny wzrost o 5 10 mm słupa rtęci, który następnie za każdym razem ustępował miejsca spadkowi krzywej ciśnienia o 5—35 mm poniżej pierwotnego poziomu, czyli miało się do czynienia z krzywą ciśnienia charakterystyczną dla wagotoników (3).

Ciekawych wyników dostarczyło również i badanie krwi, które w dotychczasowych opisach choroby Recklinghausena albo wcale nie jest wymieniane, albo też, według niektórych autorów, nie przedstawia żadnych zboczeń (4 i 5). Badanie krwi w naszym przypadku wykazało nieco zmniejszoną ilość krwinek czerwonych (4.086,000 w 1 mm³), prawidłową ilość krwinek białych (5,300 w 1 mm³) zmniejszoną ilość hemoglobiny (69⁰ Sahli), wskaźnik barwikowy 0·83, natomiast dwukrotne badanie stosunku odsetkowego krwinek białych wykazało wyraźne zboczenie od stanu prawidłowego, mianowicie limfocytów 25—31%, ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych 61—68%, w tem jednak 35-39% (!) ciałek młodych o jądrze pałeczkowem, komórek szpikowych, obojętnochłonnych 1%, promyelocytów 1%, monocytów 3—6%, eozynofilów 1%, komórek tucznych 3%. Opadanie krwinek czerwonych, badane sposobem Linzenmeiera, wykazało, przy braku jakichkolwiek wyraźnych przyczyn niezwykle silne przyśpieszenie, gdyż było ukończone w ciągu 25 minut.

Jak należy sobie tłumaczyć powyższe objawy?

Silna wagotonja może być w tym przypadku, oczywiście zupełnie niezależna od zasadniczej choroby, lub też możnaby ją uważać za wyraz tego samego zaburzenia rozwojowego ektodermy, które doprowadza w myśl ogólnie dzisiaj przyjętej teorji Feindla (5 i 6) do objawów choroby Recklinghausena; rozstrzygnięcie jest, oczywiście, niemożliwe. Badanie układu współczulnego wykazało tylko częściową sympatykotonję w postaci stale dodatniego odczynu Loewi'ego; ze względu na całkowity brak jakichkolwiek innych objawów sympatykotonicznych, przy równoczesnej silnej wagotonji, należy przyjąć tutaj tylko miejscową sprawę, prawdopodobnie w postaci *neurinomatu* usadowionego gdzieś w przebiegu gałązek ocznych nerwu współczulnego, wskutek czego wytworzyła się w tem miejscu zwiększona, miejscowa pobudliwość układu współczulnego, przejawiająca się właśnie dodatnim odczynem Loewi'ego. Oczywiście, w braku danych anatomicznych, powyższe przedstawienie sprawy nie wykracza poza ramy przypuszczenia.

Silne przesunięcie w lewo obrazu odsetkowego krwinek białych i równoczesne wystąpienie patologicznych młodych postaci przy braku jakichkolwiek widocznych przyczyn, prowadzących do tego rodzaju odczynu ciałek białych — nasuwa na myśl dwie możliwości tłumaczenia tego objawu. Przyczyna może być natury ogólnej, sięgająca wczesnego okresu embrjonalnego, a więc identyczna z przyczyną samejże choroby Recklinghausena, a przejawiająca się obecnie w mniejszej odporności, w mniejszej wartościowości utkania szpikowego, wskutek czego jeszcze niezupełnie dojrzałe postacie krwinek białych dostają się do krwi krążącej w ilości znacznie większej, niż prawidłowo. Z drugiej strony nie można wykluczyć i przyczyny ściśle miejscowej, powstałej dopiero w toku rozwijania się choroby R., a mianowicie usadowienia się neurinomatów w sąsiedztwie tkanki szpikowej wskutek czego przychodzi do jej podrażnienia, przejawiającego się przesunięciem w lewo obrazu odsetkowego krwinek białych. I tutaj również, wobec braku danych anatomicznych, niemożemy wyjść poza obręb przypuszczeń.

Co się tyczy wreszcie bardzo znacznego przyśpieszenia opadania krwinek czerwonych, to ze względu na brak wszelkich innych przyczyn, podporządkowałbym ten objaw również samej chorobie Recklinghausena, uważając go za wyraz wczesnych zmian ogólno-rozwojowych, będących podłożem choroby R.

Wreszcie przypadek ten zasługuje i z tego względu na ogłoszenie, że występuje w nim bardzo wyraźne upośledzenie czynności szeregu gruczołów dokrewnych. Bardzo skąpe i rzadkie miesiączki, zupełne ich zatrzymanie przed 40 r. życia, wreszcie zmiany drugorzędnych cech płciowych w postaci braku owłosienia pod pachami i bardzo skąpego owłosienia zewnętrznych narządów płciowych, zmusza nas do przyjęcia mimo braku wyników badania ginekologicznego, na które chora pod żadnym warunkiem nie chciała się zgodzić — upośledzenia czynności jajników, prawdopodobnie na tle ich niedorozwoju Zmiany — odżywcze zębów, paznokci, skąpe brwi, wreszcie przebyta strumektomja świadczą o zaburzeniach czynności tarczycy. Wreszcie, niedorozwój kośćca chorej, wyrażający się niskim wzrostem 144 cm (według skali Brugscha (7) niski wzrost u kobiet rozpoczyna się od 155 cm w dół), mógłby świadczyć o zaburzeniach czynności przysadki w okresie rozwoju chorej. Czy bardzo znaczne osłabienie mięśniowe jest wyrazem ewentualnej niedomogi nadnerczy, czy też zależy od upośledzenia czynności wymienionych powyżej gruczołów dokrewnych razem wziętych — nie da się, oczywiście, rozstrzygnąć.

Rzecz prosta, tych wymienionych powyżej zaburzeń w gruczołach dokrewnych nie należy uważać za przyczynę choroby R. tak u tego osobnika, jak i wogóle, lecz należy je uznać za objawy równorzędne z objawami właściwemi choroby R., za objawy wywołane zaburzeniami rozwojowemi ektodermy, od której pochodzą nie tylko układ nerwowy i narząd skórny, ale także właśnie i gruczoły dokrewne.

Wreszcie, chciałbym zaznaczyć, że ani wywiady, ani badanie somatologiczne i serologiczne naszej chorej nie dało żadnych punktów zaczepnych dla przyjęcia zakażenia kiłowego. Podnoszę ten szczegół dlatego, że Escher (5) przynajmniej dla pewnej grupy przypadków neurinomatozy jest skłonny przyjąć jako tło patogenetyczne, zakażenie kiłowe w tem znaczeniu, że jad kiłowy byłby tą ostateczną przyczyną zewnętrzną, pobudzającą do ujawnienia się uszkodzeń rozwojowych ektodermy. Nasz przypadek nie daje żadnej podstawy dla takiego przypuszczenia.

Tych więc parę szczegółów, mianowicie przytoczone powyżej zaburzenia w układzie mimowolnym krwionośnym i w zakresie układu gruczołów dokrewnych skłoniło mnię do ogłoszenia tego przypadku jako przyczynku do symptomatologji tej jednostki chorobowej obchodzącej w równej mierze internistę, neurologa, dermatologa a nawet i chirurga.

Na koniec chciałbym podnieść, że, o ileby stwierdzone w omawianym przypadku przyśpieszenie opadania krwinek czerwonych i przesunięcie w lewo obrazu odsetkowego krwinek białych zostało wykazane i w innych przypadkach tego schorzeni , a badanie anatomiczne dałoby wynik ujemny — natenczas należałoby przyjąć, że nietylko ektoderma, ale i mezoderma ulegać może uszkodzeniu w tem cierpieniu i tem samem tło patogenetyczne neurinomatozy stałoby się szersze.

Piśmiennictwo.

1) Nowicki i Orzechowski: Neurologja Polska 1912. T. I. Z. 5 i 6. — 2) Verocay: Zur Kenntnis der Neurofibrome. Zieglers Beitr zur path. Anat. und zur allg. Path. T. 48. Z. 1. — 3) K. Dresel: Ergebn. d. gesamt. Med. 2 Tom. Str. 223. — 4) Bohn: Zeitschr. f. d. ges. Neurol u. Psych. T. 83. Str. 542—549. 1923. — 5) Escher: Annales de Dermat. et de Syphilgr. 1922. — 6) Fischer: Dermat. Zeitschr. Tom XLII. Zesz. 3 4. 1924. — 7) Brugsch u. Schittenhelm: Lehrb klin. Diagn. und Untersuch. Meth. Urb.-Schwarzenberg. 1921. Str. 34.

Dr. Kazimierz CZYŻEWSKI. Lwów.

## Przypadek ropnia wątroby u dziecka.

Z Oddziału chirurg. Szpitala św. Zofji.
Prymarjusz: Dr. R. Rodziński.

M. P. dziewczyna lat 8, córka rolnika. Przyjęta na oddział 6. IX. 1924.

Wywiady: Chora od 3 tygodni; przedtem według zapodania rodziców nigdy nie chorowała, zwłaszcza na żadne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w ostatnich miesiącach nie cierpiała. Objawy rozwijały się powoli: ogólne osłabienie, brak apetytu, bóle brzucha po prawej stronie, raz wymiotowała z początku choroby, stolec zaparty, następuje tylko po lawatywie. Chora chętnie się kładła, lecz stale w łóżku nie leżała. W ostatnich dniach bóle brzucha i ogólne osłabienie znacznie się wzmogły.

Stan chorej przedstawiał się, jak następuje: Ciepłota 37,8°. Odżywienie liche. Cera ziemista, bez zabarwienia żółtaczkowego. Język obłożony, wilgotny. Płuco lewe bez zmian patologicznych. Granica dolna prawego płuca w pasze i z tyłu ustawiona 2 palce wyżej niż po lewej, nieruchoma, tuż nad nią szmery oskrzelowe, zresztą pęcherzykowe. Tętno 90. Serce bez zmian.

Brzuch wzdęty bardzo bolesny na ucisk w podżebrzu prawem, w tej okolicy wybitne sztywnienie mięśni. Granica dolna wątroby obniżona, z powodu sztywnienia mięśni i bolesności nie daje się dokładnie obmacać. Śledziona nie powiększona. Kończyny dolne bez zmian.

Krew: ciałek czerwonych 4,200.000, ciałek białych 24.000 ze znacznie wzmożoną ilością wielo-jądrzastych obojętnochłonnych.

Rozpoznanie brzmiało: prawdopodobnie ropień podprzeponowy po prawej stronie o nieznanym punkcie wyjścia. Wyższy stan granicy dolnej płuca prawego tłumaczyliśmy wysiękiem towarzyszącym zmianom zapalnym w wątrobie. Potwierdziła to zapatrywanie punkcja jamy opłucnowej dając około 10 cm³ płynu surowiczego i badanie roentgenologiczne.

Zastosowano: Propidon 2 cm³ śródmięśniowo. Zresztą z powodu względnie dobrego stanu chorej i niezbyt pewnego rozpoznania zdecydowano się na obserwację.

7. IX. Ciepłota opadła do normy.

8. IX. Pierwszy stolec.

10. IX. Rano nagle zapad. W podżebrzu prawem na tle dawniej stwierdzalnego wypuklenia ukazało się miejsce bardziej wyniosłe, miękkie. Przypuszczano ze względu na zapad, i wzmożenie objawów otrzewnowych, przebicie ropnia do jamy otrzewny. Niezwłocznie przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Jamę brzuszną otworzono cięciem równoległem do łuku żebrowego prawego. Z rany wylała się obficie ropa wydobywająca się z otworu wielkości 2-groszówki na przedniej powierzchni prawego płata wątroby. Otwór ten niezwłocznie obłożono kompresami z gazy chroniąc resztę jamy otrzewnowej. Po wymaczaniu ropy stwierdzono, że otwór prowadzi w głąb jamy wielkości mandarynki o ścianach pokrytych ziarniną obficie krwawiącą.

Skrawek zeskrobano, a badanie drobnowidowe wykazało tylko utkanie ziarniny.

Jamę ropnia przepłukano roztworem jodu w alkoholu. Okolicę otworu na powierzchni wątroby wszyto w ranę w powłokach przeprowadzając między szwami sączki z gazy jodoformowej do jamy otrzewnowej. Do jamy ropnia włożono dren z sączkiem. Powłoki brzuszne częściowo zszyto. Stan chorej po operacji szybko się poprawiał.

Leczenie pooperacyjne przebiegało bez żadnych zaburzeń.

Wykonane badania wykazały:

1. W ropie znaleziono tylko rozpadłe masy elementów morfotycznych, pojedyncze ciałka ropne. Drobnoustrojów nie znaleziono, płytki z pożywkami pozostały jałowe,

2. Badanie krwi w 2 tygodnie po operacji wykazało: ciałek białych 8.100, z tego wielojądrzastych obojętno-chłonnych 46%, monocytów 10%, eozyno-chłonnych 12%, limfocytów 32%.

3. Badanie rekto-romanoskopem wykazało, około 8 cm powyżej odbytu począwszy, rozpulchnienie błony śluzowej, podbiegnięcia krwawe i znaczną wydzielinę śluzu.

4. Badanie kału dwukrotne na pożywkach Conradi-Drygalski i agarze Endo bakterji chorobotwórczych nie wykazało.

Przypadek ten wielkiego pojedynczego ropnia wątroby budzi pewne zainteresowanie tak ze względu na rzadkość występowania tego rodzaju ropni w naszej szerokości geograficznej wogóle, a u dzieci w szczególności, jak i ze względu na pomyślny przebieg leczenia.

Powstać mogą tego rodzaju ropnie:

1. przez *amoeba hystolitica* powodującą czerwonkę tropikalną;

2. wskutek zropienia bąblowca wątroby;

3. przez glisty, które zawędrowały do przewodów żółciowych. Według Broca są one właściwe wiekowi dziecięcemu, w naszym przypadku punkt ten z góry odpada;

4. drogą przerzutową:
*a)* z obszaru krwiobiegu żyły bramnej,
*b)* z prądem krwi tętniczej,
*c)* drogą wsteczną z krwiobiegu żyły czczej dolnej.

Zresztą ropienia wątroby powstać mogą wskutek procesów zapalnych dróg żółciowych, co jednak u dzieci jest sprawą nieznaną (Broca). Zdarzają się też rzadko większe zimne ropnie wskutek rozmiękania pojedynczych wielkich guzów gruźliczych, co w naszym przypadku również w rachubę nie wchodzi. Autorowie francuscy (Broca, Legrand) podają uraz silny w okolicę wątroby, jako moment etjologiczny abscesów wątroby u dzieci, w wywiadach naszych żadnych po temu danych nie znajdujemy. Nadto notowane są ropnie na tle promienicy.

Rozpatrzmy po kolei te możliwości w odniesieniu do omawianego przypadku. Wielkie ropnie czerwonkowe nie należą do rzadkości w okolicach tropikalnych, a wywołuje je *amoeba hystolitica*. Umiejscawiają się najchętniej w części górnej prawego płata wątroby, tu bowiem dochodzi gałąź żyły bramnej będąca prostem przedłużeniem jej pnia (Kaufmann). Ropa ich bywa zazwyczaj jałowa, *amoeby* znajdywano niezawsze w skrawkach ze ścian ropnia Objawy czerwonki mogą poprzedzać objawy ropni na krótszy, lub dłuższy czas, lub początkowa czerwonka może przebiegać skrycie bez wyraźniejszych objawów klinicznych. Ropnie te leczą konserwatywnie emetyną, lub równocześnie nakłuwają, albo otwierają szeroko i drenują. Wyniki terapeutyczne są bardzo różne, procent śmiertelności znaczny (około 30% Körte) W etjologji naszego przypadku punkt ten odpada.

Za dalszą możliwością t. j. zropieniem bąblowca wątroby przemawiałby znaczny procent, bo 12% eozynofilów we krwi. Według Broca zdarzają się bąblowce wątroby u dzieci dość często. Budowa ściany ropnia nie wykazała natomiast żadnych cech charakterystycznych dla warstwowanej ściany torbieli bąblowca. podobnie nie znaleziono haczyków, ani w ropie, ani w ścianach. (Próby serologicznej nie można było wykonać z powodu braku antigenu w pracowniach lwowskich)

Pozostaje jeszcze możliwość wielkiego ropnia przerzutowego. W naszym przypadku możnaby szukać punktu wyjścia w zmianach stwierdzonych recto-romanoskopem w górnej części odbytnicy i końcowym odcinku kiszki esowatej (możliwe, że sięgają też wyżej) o charakterze przewlekłego nieżytu. Tła zmian tych stwierdzić nie mogliśmy. W wywiadach klinicznie wogóle tylko pewna nieregularność w oddawaniu stolca zwracała podejrzenie w tym kierunku Nie można też wykluczyć, czy nie są to zmiany czerwonkowe w rodzaju czerwonki, przebiegających skrycie bez wybitnych objawów, choć dwukrotne badanie stolca wypadło ujemnie.

Badania (Haas) wykazały, że w stanach patologicznych błona śluzowa jelit nie chroni dostatecznie przed inwazją drobnoustrojów do krwi żyły bramnej, które mogą powodować powstanie ropni w wątrobie. Ropnie przerzutowe zazwyczaj bywają drobne, mniej, lub więcej licznie rozsiane. W szczególności co do czerwonki *baccilarnej* twierdzi Chiari że zdarzają się one tylko w tej formie i to w przypadkach ciężkich, septycznych. Natomiast szereg autorów (Broca, Cardarelli, Körte) stwierdza powstawanie też wielkich ropni przerzutowych, ewentualnie po zlaniu się kilku małych, szczególnie po zapaleniu wyrostka robaczkowego, tyfusie. Trinci operował skutecznie ropień taki w przebiegu ciężkiego nieżytu ostrego jelit. Thevenot, Lucien, Plontz utrzymują, że na tle zmian błony śluzowej kiszki wywołanych przez czerwonkę *bacillarną* mogą powstać również wielkie pojedyncze ropnie wątroby i to nawet w przypadkach przebiegających skrycie, ropnie te mogą występować też u dzieci, też jako późne następstwo i w formach skrytych, ropa może być zupełnie jałowa.

Po rozważeniu wszystkich możliwości musimy pozostawić kwestję etjologji w omawianym przypadku nierozstrzygniętą: czy bąblowiec zropiały, czy wielki ropień przerzutowy drogą żyły bramnej. Z objektywnych danych przemawia za bąblowcem eozynofilja, którą możnaby też tłumaczyć

obecnością glist w przewodzie pokarmowym chorej (rzecz częsta u dzieci, choć w naszym przypadku nie stwierdzona). Za ropniem przerzutowym mogłyby przemawiać zmiany w kiszce stolcowej, które jednak równie dobrze mogłyby być zmianami równorzędnemi, od schorzenia wątroby niezależnemi.

**Piśmiennictwo.**

1) Broca. Chirurgie infantile. 1914. — 2) Cardarelli. Ref. Zentralorgan f. g. Chir. Bd 2. — 3) Chiari. Die Ruhr und ihre Beziehungen zur Chirurgie. Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Jhrg 32. — 4) Haas. Ref Zentralorgan f. g. Chir. Bd 20. — 5) Kaufmann. Spezielle pathologische Anatomie. 1913. — 6) Trinci. Ref. Jahrb. d. Kinderheilkunde. 1911. — 7) Thevenot, Lucien, Plontz. Ref. Zentralorgan Bd 1. 8) Körte. Chirurgische Operationslehre Bier Braun-Kümmel Bd 3. 1923.

---

Dr. H. VOIT i dr. J. ARNSZTAJN. Lublin

## Przypadek postaci niedojrzałej choroby Vaqueza.

Z Oddziału chorób wewn. Szpitala Św. Wincentego à Paulo w Lublinie.

Ordynator: Dr. H. Voit.

Lekarz naczelny: Dr. C. Czerwiński.

Dnia 30. kwietnia 1924 roku przyjęliśmy na oddział wewnętrzny Szpitala Św. Wincentego à Paulo, p. K. lat 30, która podała w wywiadzie, co następuje:

Od 10 tygodni uczuwa silne wzmagające się osłabienie, zawroty głowy, kilkakrotnie nawet mdlała; regularność prawidłowa.

Stan obecny: Ciepłota 36,1° C, tętno dobrze napięte, miarowe, 80 uderzeń na minutę.

Chora budowy prawidłowej, odżywienia miernego. Skóra na twarzy silnie czerwona, śluzówki wybitnie zaczerwienione. Jama ustna bez zmian.

Wypuk nad płucami na całej przestrzeni jawny, wdech pęcherzykowy, wydech słyszalny.

Uderzenie koniuszkowe serca niewidoczne, macalne w V przestworzu międzyżebrowym na prawo od linji sutkowej lewej. Wypukiem rozmiary serca prawidłowe. Nad wszystkiemi ujściami po 2 czyste tony. Powłoki brzuszne nienapięte. Wątroba wypukiem powiększona, macalna na 3 palce poniżej łuku żebrowego.

Śledziona wybitnie powiększona, twarda schodzi do podbrzusza lewego i sięga na prawo prawie do pępka. Kończyny górne i dolne bez zmian.

Mocz o cg. prawidłowym, oddziaływaniu kwaśnem; w moczu porannym białko obecne, natomiast w popołudniowym białka wykazać nie można. Cukru niema, diazoreakcja ujemna; w osadzie: mnóstwo nabłonków płaskich, czasem okrągłe, stłuszczone.

Ciśnienie krwi: Hg 120 (Riva-Rocci). Badanie krwi w kierunku zimnicy — ujemne. Bordet-Wassermann, Sachs-Georgi i Stern ujemny.

Badanie treści dwunastniczej — sondą dwunastniczą wykazało treść prawidłową. Odczyn Besredki — ujemny.

Badanie krwi I-sze: hemoglobiny 100%, ciałek czerwonych 6,890.000, białych 8.700 w tem: obojętno chłonnych 80%, limfocytów 8%, dużych jedno-jądrzastych i przejściowych 12 . Ciałka czerwone barwią się prawidłowo. Ilość płytek Bizozzera zwiększona.

Badanie krwi II-gie: C. gat. krwi 1,062, czas krzepnienia: 11 minut, całkowite skrzepnienie, hemoglobiny 95%, ilość ciałek czerwonych krwi 4,650.000. Wskaźnik barwny 1,02. Ilość białych ciałek krwi 10.150 w 1 mm³ w tem: obojętno-chłonnych 79,2%, limfocytów 13,3% monocytów i przejściowych 4,3 , eozyno-chłonnych 3,2%. Postaci patologicznych nie znaleziono.

Badanie krwi drugie, robione było po leczeniu arszenikowem, pozatem zaznaczyć trzeba, że krew wzięta była wówczas w okresie regularności. Możliwą więc jest rzeczą, że jedna z tych przyczyn wpłynęła na czasowe obniżenie się czerwonych ciałek krwi.

Wielu autorów podaje, że ilość ciałek czerwonych obniżać się może w tej postaci chorobowej pod wpływem leczenia arszenikowego.

Następne badanie krwi po pewnym czasie dało znów obraz prawie identyczny z badaniem pierwszem.

Z powyższego widzimy, że u naszej chorej następujące objawy wysuwają się na plan pierwszy:

1. Nieprawidłowe zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi (6,890.000).
2. Zwiększenie % hemoglobiny (100%).
3. Powiększenie śledziony i wątroby.
4. Nawały krwi do głowy, zawroty głowy.
5. Powiększenie ciężaru gat. krwi (1·062).

Po wykluczeniu różnych stanów, któreby w przybliżeniu mogły dać podobny, przejściowy obraz chorobowy — przyszliśmy do przekonania, że mamy tu do czynienia z postacią kliniczną choroby Vaqueza, zwaną przez Francuzów *forme fruste*.

Chorą skierowaliśmy do Warszawy, gdzie prof. Gluziński potwierdził nasze rozpoznanie, dodając do naszego badania, że śledziona jest ruchoma i przy układaniu chorej na bok prawy lub lewy w odpowiedni sposób się przesuwa.

Obecność białka w moczu porannym, a brak jej w popołudniowym (wtedy, gdy chora wstawała) — jest opisana w piśmiennictwie przez Rollestone'a (*The Lancet* 1. marca 1902 Ref. *Przegląd lekarski* 1902 str. 608 Cyt. Czernecki. *Fizjologja i patologja śledziony* 1923), który tłumaczy powstawanie tego stanu w sposób następujący: gdy chory leży, powiększona śledziona może uciskać na lewą żyłę nerkową i przez to wywołuje białkomocz, gdy zaś chory wstaje, ucisk znika, a z nim i białkomocz.

W ostatnich czasach podobny przypadek (postaci niedojrzałej choroby Vaqueza) opisał Blassberg (*Pol. Gaz. Lekarska* Nr. 5 i 6 z 6. lutego 1924).

Chorą opisaną obserwowaliśmy przez kilka tygodni na oddziale — potem poleciliśmy jej wyjazd na wieś na lato z poleceniem, aby po pewnym czasie znowu poddała się badaniu.

Dotychczas jednak dalszy los tej chorej nie jest nam znany.

---

Dr. Wł. TOBICZYK, Lwów.
Dr. J. SZULISŁAWSKA.

## Przypadek zatrucia olejkiem komosowym (oleum chenopodii).

Z Instytutu medycyny sądowej Uniwersytetu J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Sieradzki.

Rzadki przypadek zatrucia śmiertelnego olejkiem komosowym w ostatnich dniach był przedmiotem sekcji i rozpatrywań sądowo-lekarskich w tutejszym Instytucie. W literaturze opisano wprawdzie 14-ście przypadków śmierci z powodu zatrucia tym środkiem, z tych jednak tylko 4 sekcyjnie; jednak 2 tylko z lat ostatnich (Niemeyera i Ryhinera) zasługują na nazwę dokładnych. To skłoniło nas do opisania naszego przypadku, zajmującego prócz tego o tyle odrębne stanowisko, iż stał się on powodem postępowania sądowo-karnego.

Olejek komosowy, jakkolwiek zupełnie pewny w działaniu swem na glisty, posiada jednak własności wysoce toksyczne, zdolne, jak słusznie Straub się wyraża, w zupełności ten dzielny środek zdyskredytować przy nieracjonalnem, czy błędnem dawkowaniu. A jest on w istocie dzielnym; porównawcze badania Schüffnera i Vervoorta wykazały jego wyższość nad tymolem, naftolem, olejkiem eukaliptusowym i to zarówno w działaniu na glisty, jak i na tęgoryjce. Liczne publikacje Brüninga, Levy'ego, Lechlera, Rulanda, Przedborskiego, Gockela, Thelena, Ryhinera, Coutanta i Salanta podkreślają sprawność tego środka. Stosowany od dawna przez lekarzy amerykańskich, w Europie nabył on praw obywatelstwa głównie dzięki Brüningowi i cieszy się odtąd coraz większem powodzeniem i rozpowszechnieniem, a w ślad za tem zdarzają się, jakkolwiek bardzo rzadkie, w ostatnich jednak czasach coraz częstsze przypadki zatrucia. Toteż kwestja dawkowania olejku komosowego jest dość aktualną; w pismach amerykańskich, niemieckich, holenderskich zajmuje się nią szereg autorów, ostrzegających przed zbyt dowolnem podawaniem silnych dawek. Deeks podaje specjalną tabelkę dawkowania olejku komosowego, ważną szczególnie przy stosowaniu leku u dzieci, które są bardzo wrażliwe na ten środek. Radzi on, mianowicie stosować jednorazowo w kroplach:

| Wiek (Lat) | 4 | 6 | 8 | 10 | 12 | 14 | 16 | 18 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kropli | 3 | 4½ | 6 | 9 | 10 | 12 | 15 | 20 | 24 |

Przed i po podaniu środek przeczyszczający, najlepiej $MgSO_4$.

Wysoką jadowitość olejku komosowego dla zwierząt zimno- i ciepłokrwistych wykazał Brüning w swych doświadczeniach, a odnosi ją do ciała o wzorze $C_{10}H_{16}O_2$, olejku eterycznego, zwa ego dziś Ascaridolem. Straub przypuszcza, iż ciężkie zmiany zwyrodnieniowe pochodzą od terpenów w olejku tym zawartych, podobnie jak w olejkach eterycznych jałowca, żywotnika i muszkatułowca. Według Niemayera olejek komosowy zawiera jady działające centralnie, powodując drgawki, narkozę, gorączkę i inne zaburzenia ze strony systemu nerwowego ośrodkowego, jak niedowłady, porażenia i t. d.

Jak już wyżej wspomnieliśmy, przypadki zatrucia olejkiem chenopodowym są bardzo rzadkie; w literatu ze znaleźliśmy 30 przypadków, z tych 14 śmiertelnych. Wynik sekcji w kilku tylko przypadkach zamieszczono (Gable, Ryhiner, Selter-Solingen, Niemayer), zresztą spotyka się same tylko opisy kliniczne. Stąd też objawy kliniczne lepiej są znane, poniekąd nawet typowe: Wymioty, ból głowy, senność aż do głębokiej hipnozy, przechodzącej w koma, drgawki, rozszerzenie źrenic, zaburzenia wzrokowe, według Rotha w 20% zaburzenia słuchowe, a mianowicie szum i dzwonienie w uszach, przytępienie słuchu, co Oppikofer odnosi do uszkodzenia nerwu słuchowego, dalej niedowłady, a nawet porażenia, utrzymujące się czas pewien po wyleczeniu; w lżejszych przypadkach skarżą się zatruci na ból głowy, nudności, wymioty, wybitne znużenie i zawroty głowy; tu też najczęściej występują objawy słuchowe, mrowienia i zaburzenia ze strony n. wzrokowego.

Zmiany anatomiczne przy zatruciu olejkiem komosowym naogół mało są w literaturze uwzględnione, w większości przypadków autopsji nie wykonano, a z nielicznych opisanych tylko Ryhiner i Niemeyer podają dokładnie wyniki sekcji. I tak Ryhiner stwierdził na zwłokach 8-letniej dziewczynki stan grasiczo-limfatyczny, silne ukrwienie gruczołów jamy brzusznej, zaczerwienienie i rozpulchnienie błony śluzowej dna żołądka i szczytów fałdów górnego odcinka jelita cienkiego, obrzęk i przekrwienie kępków Peyera i mieszków limfatycznych, przekrwienie gruczołów krezkowych. W drugim przypadku Ryhiner stwierdził znac ne krwotoki we wszystkich prawie narządach, których tłem jednak była istniejąca u dziecka skaza krwotoczna, stąd obraz ten jest dla kazuistyki otruć olejkiem komosowym bez wartości. W przypadku Niemayera stwierdzono przy sekcji zwłok 8 letniego chłopca stan limfatyczny, silne przekrwienie opon i mózgu, podostry stan zapalny jelita biodrowego, krwawy obrzęk gruczołów krezkowych, zwyrodnienie narządów gruczołowych jamy brzusznej. W przypadkach tych wyczuto w przewodzie pokarmowym woń eteryczną olejku komosowego. Selter-Solingen zwraca uwagę w swym przypadku tylko na przekrwienie opon i mózgu, pozatem wynik sekcji miał być ujemnym. Również Gable w swym przypadku zatrucia olejkiem komosowym, opisanym w 1880 r. nie znalazł przy sekcji żadnych zmian szczególnych.

Przypadek nasz dotyczy $3^1/_2$-letniej dziewczynki, której rodzice z powodu niepokoju zauważonego w nocy, podali lekarstwo przeciw robakom, przed kilku miesiącami zapisane przez lekarza. Mimo, iż na flaszce było napisane: rano i wieczór po 2 łyżeczki, matka podała tylko pół łyżeczki, poczem dziecko usnęło; po godzinie jednak wystąpiły wymioty, po których dziecko zapadło w sen i ta senność odtąd stale się utrzymywała. Podczas snu jednak dziecko były niespokojne, stękało i rzucało nóżkami, przy próbach zaś rozbudzenia, zauważono rozszerzone źrenice. Następnej nocy spostrzegli rodzice drgawki w rączce lewej i rzucanie główką i na własną rękę podali dziecku łyżeczkę nafty. Mimo stosowane zabiegi przez wezwanego na następny dzień lekarza (wysoka irrygacja, kąpiele ciepłe, injekcje środków nasercowych), który rozpoznał otrucie przez olejek komosowy, stan się pogarszał i wystąpiła gorączka do 39°, wobec tego, trzeciego dnia rano odwieziono dziecko już w stanie agonji do szpitala, gdzie po przepłukaniu żołądka, w pół godziny zmarło. Recepta dostarczona przez rodziców opiewała:

*Rp. Olei chenopodii compos. (Wermolin)*
*30,0*
*S. rano i wieczór po 2 łyżeczki.*

W tej postaci zapisany lek powinien zawierać 3 części ol. chenopodii na 97 części olejku rycynowego, taki bowiem skład ma preparat fabryczny »Wermolina« (Emulsio ol. chenop. compos.) Wydany jednak lek z apteki, dostarczony do tutejszego Instytutu, okazał się przy badaniu (Zakład chemji lek. U. J. K.) mięszaninę olejków eterycznych, wykazującą wszystkie własności ni rozcieńczonego olejku komosowego. Również wyciąg z ksiąg recept apteki, w której lekarstwo pobrano, stwierdza, iż wydano czysty ol. chenopodii.

Sekcja zwłok, wykonana w tutejszym Instytucie w 48 godzin po śmierci, wykazała zmiany następujące w (skróceniu): Budowa i odżywienie dobre, długość ciała 90 cm. Stężenie trupie zaznaczone w szczęce dolnej, plamy pośmiertne skąpe, różowo-sine. Na ciele brak obrażeń zewnętrznych. Opony mózgowe silnie nastrzykane, zwłaszcza w częściach przednich i okolicy dołu Sylwiusza; w tych miejscach widocznych jest też kilka drobnych, punkcikowatych wybroczynek. Mózg dość silnie ukrwiony. Płuca w dolnych płatach żywo-czerwone, w innych ciemno-wiśniowo zabarwione, bez zmian. Pod osierdziem kilka drobnych wynaczynionek. Serce wielkości odpowiedniej, mięsień sercowy nastrzykany, ćmy, kruchy. Grasica dość duża, migdałki duże, aparat limfatyczny języka wyraźnie przerosły. W żołądku około 15 cm treści brunatnoszarej, dość gęstej, ciągnącej się, bez charakterystycznej woni, oddziaływania słabo-kwaś ego. Błona śluzowa żołądka miernie nastrzykana, nieco rozpulchniona, bez wybroczyn. W jelitach skąpa treść szarawa, błona śluzowa jelita czczego i dwunastnicy bez wyraźniejszych zmian, błona śluzowa jelita biodrowego okazuje w okolicy kępków Peyera wyraźne nastrzykanie i rozpulchnienie, oraz obrzęk miernego stopnia przeważnej części grudek limfatycznych. Błona śluzowa jelita grubego prócz miernego nastrzykania pojedynczych grudek limfatycznych zmian nie okazuje. Śledziona na przekroju ciemno-wiśniowo zabarwiona; mieszki występują wyraźnie. Wątroba ćma, krucha; nerki silnie ukrwione, o zatartym rysunku, kruche. Trzustka, nadnercza bez wyraźniejszych zmian. Gruczoły krezkowe znacznie powiększone, dość miękkie na przekroju wykazują wyraźne przekrwienie i drobne wylewy krwawe. Pęcherz, narządy płciowe bez zmian, kościec bez zmian.

Badanie bakterjologiczne treści jelit i żółci bakteryj chorobotwórczych nie wykazało, a w szczególności bakteryj z grupy tyfus-coli i aerogenes.

Badanie histologiczne (Zakład anat. patol. U. J. K.) wykazało zmiany następujące: Wątroba: granice komórek niewyraźne, zatarte, w mętnej pierwoszczy stwierdza się obfite, drobne kulki tłuszczu. Śledziona: tkanka podścieliskowa napęczniała, obrzękła, miąższ śledziony wyraźnie przekrwiony, w silnie występujących folikułach obfita ilość dużych, jednojądrzastych komórek. Nerki: przybłonki kanalików nerkowych okazują zmętnienie protoplazmy, oraz drobne w niej ziarnistości, jądra blado się barwiące, niewyraźne, w świetle kanalików złuszczone przybłonki, oraz tu i ówdzie czerwone ciałka krwi. Mózg: siateczka glejowa wyraźnie obrzękła. Mięsień sercowy: komórki o pierwoszczy zmętniałej, napęczniałej, prążkowanie zatarte; naczynia włosowate rozszerzone, silnie krwią wypełnione. Żołądek: błona śluzowa w całości obrzękła, przybłonki obficie złuszczają się, bardzo silne nastrzykanie naczyń włosowatych. Jelito biodrowe: kępki Peyera wyraźnie przekrwione, tu i ówdzie okazują drobne wylewy krwawe oraz znaczną ilość dużych, jednojądrzastych komórek; błona śluzowa i podśluzowa, również przekrwione, obrzękłe.

Rozważając nasz przypadek, musimy stwierdzić cały szereg cech wspólnych i to zarówno pod względem klinicznym, jak i anatomo-patologicznym z przypadkami już opisanemi. Objawy kliniczne w naszym przypadku odpowiadają w ogólności objawom zatrucia olejkiem komosowym. Z cech anatomo-patologicznych: zwyrodnienia narządów miąższowych, ich przekrwienie opon mózgowych i mózgu, objawy podrażnienia przewodu pokarmowego, a w szczególności jelita bio-

drowego, przedewszystkiem zaś obrzęk, przekrwienie i wybroczyny w gruczołach krezkowych, kępkach Peyera oraz grudkach limfatycznych kiszki grubej, odpowiadają w zupełności zmianom, opisanym przez Ryhinera i Niemeyera. Być może, że obraz ten w przyszłości okaże się charakterystycznym dla tego zatrucia, czego dziś jednak na podstawie zbyt szczupłej ilości przypadków sekcyjnych osądzić nie możemy: podobne zmiany anatomiczne stwierdza się również przy otruciu abryną i rycyną. Zaznaczyć też musimy, że we wszystkich trzech przypadkach (Ryhinera, Niemeyera i naszym), w grę wchodzą dzieci, o wybitnym stanie limfatycznym, i stąd też stosunek zmian stwierdzonych w kępkach Peyera, folikułach i gruczołach krezkowych do stanu limfatycznego, wymaga jeszcze wyjaśnienia.

Orzeczenia nasze w powyższym przypadku, opierając się na treści doniesienia, na objawach klinicznych stwierdzonych za życia, analogicznych do opisanych w literaturze, oraz na obrazie sekcyjnym, również zgodnym z opisanemi przypadkami, opiewało, iż dziecko zmarło w następstwie podania mu zbyt wielkiej dawki ol. chenopodii. Wprawdzie badanie chemiczne pozostałego preparatu nie mogło dać stanowczych danych co do jego jakości, jednak wobec zapodań aptekarza, treści zresztą orzeczenia chemicznego, powyższe twierdzenie co do przyczyny śmierci dziecka jest uzasadnione. Przyczyną zatrucia była za duża dawka olejku komosowego, przekraczająca wielokrotnie dawkę maksymalną dla dziecka w tym wieku, brak podania środka przeczyszczającego, a może częściowo szczególna wrażliwość, wobec stwierdzonego stanu limfatycznego.

---

Dr. Henryk WACHTEL. Kraków.

## Roentgenologja płuc przy grypie.

(Z powodu artykułu dra S. Sterlinga p. t. »Bronchopneumonia miliaris gripposa« w tem czasopiśmie 1925 Nr. 3).

Opisując dwa typowe przypadki zapalenia płuc grypowego, które rozpoznawano jako gruźlicę płuc prosówkową dochodzi Sterling do wniosku, że przy rozpoznawaniu różniczkowem tych dwóch schorzeń »jedynie badanie wszechstronne i spostrzeganie, a mniej roentgenogram ustalają prawidłowe rozpoznanie, a z niem i rokowanie«.

Opinja ta jest o tyle niesłuszna, że badania roentgenologiczne wielkiej ilości chorych grypowych wykonane przedewszystkiem w Ameryce przez Honij'a i Selby'ego doprowadziły do stwierdzenia, że istnieje bardzo charakterystyczny obraz płuc przy grypie, który oddaje wielkie usługi w rozpoznawaniu. Badania te miałem sposobność na większym materjale przekontrolować i uzupełnić, z czego zdałem sprawę w *»Gazecie Lekarskiej«* 1920 Nr. 7 8, w art. *»Z roentgenologji grypy (hiszpanki)«*.

Wobec tego, że obraz charakterystyczny płuc przy grypie nie jest widocznie wystarczająco uwzględniany, a zbliżająca się nowa fala epidemji grypy znowu sprawy te uczyni aktualnemi, przypominam ten obraz i dodaję, że n. p. obrazy Roentgena opisane w artykule Sterlinga są prawie dosłownie jednobrzmiące z opisanemi przez mnie, jako charakterystyczne dla grypy. Nie należy więc zaniedbywać badania roentgenologicznego płuc podczas grypy, a trafnie odczytane obrazy będą pierwszorzędną pomocą w rozpoznaniu.

## Sprawozdania i korespondencje

Dr. A. PUŁAWSKI, Warszawa.
lekarz naczelny Szpit. Dz. Jezus.

### V. Sprawozdanie z działalności oddziału obserwacyjnego w Szpitalu Dzieciątka Jezus *).

W roku sprawozdawczym przyjęto chorych z miasta 230 (96 m. + 134 k.), z oddziałów szpitalnych dostarczono chorych 29 (18 m. + 11 k.). Naogół mniej niż w latach ubiegłych (516, 465, 397, 360).

Wahania te stoją w związku z panowaniem epidemji w mieście. Tak n. p. duru wysypkowego był tylko 1 przypadek. Najwięcej chorych dostarczył dur brzuszny — 33 przypadków (6 m + 27 k.), grypa — 22 (10 m. + 12 k.), zimnica 17 (9 m. + 8 k.), śpiączka epidemiczna 12 (3 m. + 9 k.), ogólne zakażenie *(sepsis)* 8 (4 m. + 4 k.), zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych epidemiczne — 7 (4 m. + 3 k.), płonica — 5 (1 m. + 4 k.), róża — 5 (1 m. + 4 k.), czerwonka — 2.

Jak zwykle znaczy odsetek stanowili chorzy niezakaźni i ściślej mówiąc nie należący do takich, których dałoby się odosobnić. Mam tu na myśli gruźlicę, dla której niestety dotąd nie posiadamy specjalnych szpitali lub schronisk (azylów). Chorzy tacy często dostają się do oddziału obserwacyjnego i z konieczności albo są rozmieszczani po oddziałach ogólnych albo wypisywani do domu, a nieraz kończą życie na tym oddziale.

Inną kategorję stanowią chorzy, który wstępują do szpitala z burzliwemi objawami gorączkowemi, a u których przy dalszej obserwacji okazuje się angina, grypa, zapalenie płuc *pyelitis* i t. d. Naogół takich chorych wątpliwych przyjęto 134 (65 m + 69 k.).

Chorzy tacy wymagają zwykle jak największych wysiłków do ustalenia właściwego rozpoznania.

Do szpitali dla zakaźnych przeniesiono 58 chorych (17 m. + 41 k.), na inne oddziały szpitalne przeniesiono 74 (26 m. + 48 k.). Na miasto wypisano 93 (44 m. + 49 k.). Zmarło przed 24 godz. 7 (3 m. + 4 k.) po tym czasie 21 (13 m. + 8 k.).

Tu znów muszę zwrócić uwagę, że w szpitalach naszych niema osobnych oddziałów dla chorych na śpiączkę epidemiczną, a chorych takich jest coraz więcej. A jednak choroba ta, jak wykazują ostatnie spostrzeżenia, jest zaraźliwą, zwłaszcza, gdy chorzy są dotknięci ślinotokiem, co się często zdarza. Prócz tego postać przewlekła tej choroby taka, jak parkinsonizm, zaburzenia psychiczne nakazują, żeby takich chorych bezzwłocznie odosabniać i umieszczać w osobnych schroniskach. Chorzy tacy na ogólnych oddziałach szpitalnych są prawdziwym ciężarem a pozbawieni są należytego doglądu, nie mówiąc już o niebezpieczeństwie dla innych chorych, z czem się za mało dotąd liczono.

To samo można powiedzieć o grypie, zwłaszcza o cięższych epidemjach tej choroby (hiszpance).

Chorzy na zimnicę, która u nas, po wojnie, panuje epidemicznie, również powinni być odosobniani, zwłaszcza w lecie, jako źródło zarazy dla innych chorych, gdyż tak w mieście, jak i w szpitalach nie brak komarów jak o tem mieliśmy sposobność przekonać się z kol. T. Korzonem.

To są uwagi, które mi się nasuwają corocznie przy sporządzaniu niniejszego sprawozdania.

Chorzy przebyli ogółem 2330 dni szpitalnych (719 m. + 1611 k.). Przeciętnie liczba dzienna chorych wynosiła 5, najmniejsza 2, największa 17 (łóżek etatowych jest 12).

Badań chemiczno-bakterjologicznych przeważnie w pracowni centralnej szpitala (zarządzający Dr. S. Muttermilch) wykonano 432. Najwięcej dokonano badań krwi: morfolog. 90, posiewów 14, Wassermanna 18, Widala 63, Weil-Felixa 4, prątki Obermejera 2, mocznika 9.

Badań płynu mózgowo rdzeniowego 22, wysięków opłucnej 7, nalotów 4, ropy 1, kału 8, plwociny 32, moczu 138.

Przyszły oddział obserwacyjny powinnien być połączony z pracownią chemiczno-bakterjologiczną.

*) Poprzednie sprawozdanie patrz P. G. L. 1920, Nr. 4, tamże 1921, Nr. 3, P. G. L. 1922, Nr. 20 i tamże 1923, Nr. 14.

---

## Przegląd piśmiennictwa

### Zapiski lecznicze.

Przeciw **hipertonji** polecono *natrium nitrosum* w postaci proszków takiego składu:

*Natrii nitrosi* 3 cg
*Kalii nitrici* . 20 »
*Natrii bicarbonic.* 1,8 g

*S.* Naczczo proszek w szklance wody.

Jeśli lek w tej postaci zawodzi — stosować podskórnie roztwór 1—2% *natrii nitrosi* w dawkach stopniowo się zwiększających. Po 12 do 15 zastrzyknięciach ustępowały takie objawy, jak zawroty głowy, szum w uszach, uczucie spierania w piersiach, kołatanie serca, bóle rzekomo gośćcowe, brak tchu, brak snu i t. p. Poprawa następuje i bez obniżenia parcia krwi. Przy objawach dusznicy bolesnej poprawy nie było.

(Therapie der Gegenwart 1924 Nr. 3).

Przeciw **krwotokom** poleca Renaud stosowanie dożylne 10 do 30 cm³ 30%-owego roztworu *Natrii citrici*.

(Pr. méd. 1924, 41).

Przeciw **thrombo-arteriitis obliterans** z martwicą nogi zastosowali Troisier i Ravina — w ciągu 28 dni — zastrzykiwania *Natrii citrici* po 4, potem po 6 gramów — z wynikiem znakomitym.

(Pr. méd. 1924, 39).

**Choroby nerek i obrzęki ciężarnych.** Baczyć na najmniejsze obrzęki kończyn dolnych i brzucha. Ważyć; ciąża daje tygodniowo zwyżkę nie ponad 350 gr. Badanie wielokrotne moczu. Badanie ciśnienia, nawet podczas porodu (w przerwach pomiędzy bólami). Łóżko; mało płynów, jak najmniej soli, głodzenie. Jeśli pomimo to białkomocz wzrasta, przerwanie ciąży.

To samo postępowanie przy objawach zaburzeń widzenia, bólach głowy, wymiotach z jednoczesnem wysokiem parciem krwi — nawet bez białkomoczu. Jeśli parcie szybko wzrasta a białko jest w moczu obecne — natychmiastowe przerwanie ciąży.

(Ther. der Gegenwart 1924, Nr 4).

**Środki nasercowe dożylnie, mieszane.** Więc n. p. 1 cm³ *digipurati* (lub 0,0005 *strophantini*, lub 1 cm³ *scillareni*) zmieszany z 20 cg koffeiny (lub 0,5 do 1 mlgr strychniny) i 0,4 gr *euphyllini*. Działanie takich mieszanek chwali Schaefer. Jeśli w mieszance jest *euphyllinum*, należy płyn dopełnić do 10 cm³ i zastrzykiwać bardzo powoli, przez trzy do pięciu minut.

(Therapie der Gegenwart 1924, Nr. 6).

W przypadku wielkich **obrzęków u chorego na cukier**, przy braku zmian w nerkach, znakomicie zadziałał *novasurol*. Pamiętać o tem należy przy leczeniu cukrzycy insuliną, która wywołuje niekiedy obrzęki.

Poza tem *novasurol* ma zmniejszać tolerancję na wodany węgla.

(D. med. W. 1924, Nr. 31).

Przeciw **angina Plaut-Vincenti** polecają pędzlowanie owrzodzeń 10% owym roztworem *pyoktaniny* Mercka. Współcześnie płukanie wodą utlenioną.

(Ther der Gegenwart 1924, 7).

Blum podaje, że spray z **insuliny** wprost na język jest równie skuteczny, jak stosowanie podskórne; dawki nieco wyższe, aniżeli w zastrzykiwaniach.

(Comptr. rendr. soc. biol. Paris. 1924. 27. Czerwiec).

**Siarkę** w przypadkach przewlekłych **cierpień stawowych** należy stosować w takiej postaci: 7 mgr *flores sulfuris* rozpuścić w 1 cm³ oliwy pozbawionej kwasów tłuszczowych; wyjaławiać przez 2 godziny przy 150° C. Ogółem dawek 7 do 8; każda dawka o 1 cm³ wyższa od poprzedzającej.

Przeciwko zatruciu **morfiną — nadmanganian potasu**: podskórnie (1—2%) parokrotnie lub: dożylnie raz, roztwór 1 : 1000 roztworu fizjologicznego soli kuchennej.

(D. med. W. 1924, Nr. 43).

Przy **hypertonia essentialis** polecają *Kalcium-Diuretin* codziennie 3 do 4 razy po dwie pastylki.

(Ther. der Gegenwart 1924, 9).

Podobnie działa *Klimasan*, zawierający też i nitroglicerynę, prócz dwu powyższych składników. *S. Sg.*

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Tom LII.

L i n d b l o m. **Przyczynek do poznania gojenia się gruźlicy płuc leczonej odmą sztuczną. Studjum anatomo-patologiczne.** Badania histologiczne piętnastu przypadków ludzi leczonych za życia odmą sztuczną doprowadziły autora do wniosków następujących:

Leczenie odmą sprzyja bezwątpienia zagojeniu płuca leczonego.

Dzieje się tak przedewszystkiem dlatego, że w okolicach gruźliczych powstaje żywe nowotworzenie tkanki łącznej lub istniejące zostaje przyśpieszone. Jest to przeważnie skutek przekrwienia żylnego, wywołanego przez ucisk. W przypadkach bardzo silnego ucisku nie widzimy przekrwienia żylnego.

To przekrwienie żylne nie jest, na pewno, jedyną przyczyną pobudzającą tworzenie tkanki łącznej.

Leczenie odmą sztuczną bezpośrednio przeszkadza — w stopniu pewnym — szerzeniu się zarazków przez krew. W materjale autora niema jednak przypadku, któryby przemawiał za tem, że powstaje też przeszkoda, utrudniająca szerzenie się zarazków drogą oskrzeli i naczyń chłonnych, prócz samej nowopowstającej tkanki łącznej (więc — pośrednio).

Gojenie się przebiega drogą, że się tak wyrazić wolno, fizjologiczną, przebiega powoli.

Odma sztucza rzadko zupełnie uciska jamy. Rzadko też w przebiegu leczenia »normalnego« osiągamy zupełne unieruchomienie płuca.

H. S c h m i d t. **O idjosynkrazjach.** Istotę tego objawu ujmuje autor w ten sposób: rozpad ciał białkowych we krwi zmienia normalny przebieg odczynu właściwy danemu ustrojowi. Autor upatruje możliwość jednolitej przyczyny powstawania objawów: lecznictwa przez podrażnienie, idjosynkrazji i odczynów odpornościowych nieswoistych.

P e y e r. **Powstawanie oddechu przerywanego.** Na podstawie wyników autopsji (w trzech przypadkach) i badania promieniami Röntgena autor, jako przyczynę tego szmeru oddechowego uważa ruchy serca, obecność *accretionis cordis pleuro-pericardiacae.*

D a h l s t e d t. **Ograniczona odma piersiowa w przebiegu gruźlicy płuc.** Badanie aparatem Röntgena może wykazać rzekomo niewątpliwą obecność wielkiej jamy — przy braku wszelkich objawów klinicznych jamie właściwych; dalsze spostrzeganie przekonało, że rzekoma wielka jama była jamą odmy piersiowej. Jama w płucach dawała rokowanie złe, ograniczona odma piersiowa zwykle niema wpływu na przebieg i zejście przypadku.

P u h l. **Zakażenie gruźlicze płuc pierwotne i wtórne (reinfectio).** Praca z instytutu Aschoffa. W okresie nadwrażliwości swoistej zachodzi *reinfectio endogenes: per continuitatem*, przez przebicie się do oskrzeli, do naczyń chłonnych lub krwionośnych, w przeciwieństwie do *reinfectio exogenes* okresu późniejszego; po zagojeniu się zupełnem owrzodzenia pierwotnego nowe schorzenie zależy prawie wyłącznie od *infectio exogenes.*

Zamiast Aschoffa znanych trzech okresów suchot, autor proponuje okresy tylko dwa: okres *infectionis primariae* i okres *reinfectionis.*

**Sprawozdanie ze Zjazdu niemieckiego Zjednoczenia lekarzy sanatoryjnych w Wiesbadenie.**

Tom LIII.

S t e n s t r ö m **Zagadnienie: grypa-suchoty płuc.** Autor widział fatalne skutki zarażenia grypą chorych w dalszych okresach suchot płucnych. Na 567 chorych w 188 przypadkach (33,2%) to zarażenie miało wpływ decydujący na dalszy przebieg gruźlicy płuc.

R ö c k e m a n n. **Badania nad odczynem tuberkulinowym.** Szczepienie tuberkuliną ma wpływ na nieswoisty odczyn (n. p. pourazowy) skóry; wpływa na wrażliwość nerwów naczyniowych wogóle.

W i n k l e r. **Istota odczynu tuberkulinowego z punktu widzenia ogólno- i anatomo patologicznego.** Z rozpadu tkanek dotkniętych gruźlicą powstają ciała uczulające (sensibilizu-

jące). Jednocześnie ustrój zostaje pod wpływem krążącej we krwi tuberkuliny. Tuberkulina wywołuje zmiany raz niszczące tkanki, innym razem — reparacyjne. Zagojonem jest ognisko tak dokładnie odgrodzone od całości ustroju, że jego (ogniska) tuberkulina nie wywołuje odczynu, nie sensibilizuje ustroju.

B ü r g e r. **Podstawy doświadczalne współczesnego lecznictwa gruźlicy. I. Tebelon.** Tebelon był polecony jako środek przeciwgruźliczy, ponieważ miał on wpływać bezpośrednio na laseczniki, niszcząc ich otoczkę woskową. Badania doświadczalne autora doprowadziły go do wniosku, że użycie tego środka nie wywiera żadnego wpływu na przebieg gruźlicy u morświnki.

B ü r g e r i W e b e r i n g. **II. Leczenie naskórne podług Petruschky'ego.** Żadnego wpływu na gruźlicę doświadczalną morświnek mazidło P. nie miało. Należy i u ludzi sprawdzić doświadczalnie i krytycznie tę metodę leczniczą.

S e l t e r i T a n c r é. **Istota czynna w tuberkulinach.** Laseczniki Kocha żywe i zjadliwe wyprowadzają z równowagi (chemiczno-fizykalnej) komórki ciała, które stają się allergiczne; z chwilą zetknięcia się tych komórek ze składnikami tuberkuliny — oddalają się one jeszcze więcej od stanu normalnego i ulegają zapaleniu, które się kończy martwicą.

G u t h. **Gruźlica płuc i układ nerwowy roślinny.** Odczyn allergiczny zależy od osobniczych wrażliwości skóry. Adrenaliną możemy wpłynąć na nasilenie zaczerwienienia i nacieczenia. Pilokarpina pobudza do życia zagojone ślady odczynu. Nie wszystkie przypadki wykazują tę wrażliwość, zależy to od przewagi nerwów sympatycznych lub parasympatycznych. Postaci wysiękowe gruźlicy zależą od przewagi n. parasympatycznych; włókniste – od przewagi sympatycznych, lub ich napięcia normalnego. Być może, że tuberkulinę wolno używać tylko tam, gdzie napięcie n. sympatycznego jest wystarczające do wywołania odczynu w postaci gruźlicy włóknistej.

K a d i s c h. **Silicium, szczególnie kwas krzemowy w lecznictwie gruźlicy płuc.** Autor odmawia wartości leczniczej temu przetworowi: na zasadzie doświadczenia i na podstawie rozumowania teoretycznego; nawet ostrzega przed jego stosowaniem.

R e i n d e r s. **Expositio szczytów płucnych.** Powstawanie pierwszych zmian gruźliczych w szczytach zależy od ich zrostów z głębokiemi gruczołami szyji. w których sadowią się laseczniki Kocha; w okresie dzieciństwa zrosty te jeszcze nie zdążyły powstać, dlatego dzieci nie wykazują zmian szczytowych.

S t e r n b e r g. **Umiejscowienie krwawienia płucnego.** Ponieważ zapalenie płuc zachłystowe umiejscawia się — po krwotoku — ze strony toczącej krew, więc ze strony zapalenia należy zakładać odmę sztuczną.

S c h n o r r e n b e r g. **Ciałka krwi białe przy gruźlicy płuc przewlekłej.** Leukocytoza jest właściwa suchotom przewlekłym powikłanym i niepowikłanym, zakażeniem mieszanem. Neutrofilja świadczy o obecności zakażenia wtórnego.

S t r a s s m a n n. **Ciąża a gruźlica.** Na 102 kobiety, które miały w wywiadach gruźlicę płuc, u 96 ciąża przebiegła bez zakłócenia ze strony płuc; u czterech były niewielkie podniesienia ciepłoty, a tylko u dwu zaburzenia poważniejsze kataralne i gorączkowe. Jeśli są poważne wskazania do przerwania ciąży, należy wykonać przerwanie w warunkach stosowanych przy poważnej operacji. Autor podaje wskazówki tyczące wyboru metody operacyjnej i techniki.

R a f f a u f. **Zmiany w białym obrazie krwi po tuberkulinie.** Nietylko eozynofilja po tuberkulinie znamionuje dobre rokowanie; to samo znaczenie ma limfocytoza, nawet bez eozynofilji; wyraźna neutrofilja, z przesunięciem obrazu na lewo, przy nieobecności eozynofilji jest zawsze złym objawem rokowniczym.

Tom LIV.

E b e r i L a n g e. **Nowe poszukiwania nad przeszczepianiem materjału gruźlicy ludzkiej. Przyczynek do zagadnienia zmiany typów lasecznika gruźlicy.** Ogromna praca doświadczalna, która doprowadziła do wyniku, że nową metodę przeszczepiania, podług Ebera, można zbliżyć typ ludzki lasecznika Kocha do typu bydlęcego.

**Sprawozdanie ze Zjazdu niemieckich lekarzy Przychodni przeciwgruźliczych, w Hall.**

W e i s s. **Wpływ kiły na powstanie i przebieg gruźlicy.** 1. W przypadkach gruźlicy utajonej i u ludzi z wyraźną (konstytucyjną) skłonnością do gruźlicy — należy bardzo oględnie stosować leczenie przeciwkiłowe (lepiej salwarsan, aniżeli rtęć).

2. Przy świeżej kile i gruźlicy czynnej ten sam sposób postępowania. Tuberkulinę stosować można jedynie przy wydolnej konstytucji.

3. Przy kile starej i gruźlicy czynnej — stosować jod.

4. Nie należy stosować leczenia przeciw kile w końcowych okresach gruźlicy.

G u t h. **Gruźlica płuc i układ nerwów roślinnych.** Komunikat drugi: **W sprawie teorji działania tuberkuliny.** Można przypuścić, że zarażenie lasecznikiem Kocha uczula układ nerwów roślinnych w sensie zwiększenia wrażliwości układu parasympatycznego, a zmniejsza wrażliwość układu sympatycznego. Allergja byłaby wówczas: zwiększoną gotowością reaktywną układu parasympatycznego. Obroną ustroju byłyby środki pobudzające układ sympatyczny.

N ü s s e r. **Włókna sprężyste w plwocinach przy gruźlicy płuc.** Szczegółowy opis różnych postaci włókien elastycznych i ich wartość rozpoznawcza.

R e n n e b a u m. **Rozwój i przebieg gruźlicy wysiękowo-pneumonicznej w płacie górnym prawym.** To umiejscowienie daje dobre, względnie, rokowanie, bo 46,4% stałej poprawy (na zasadzie spostrzegania 28 przypadków); źle kończące się przypadki zależą od powikłań. Lecznictwo czynne szkodzi; jedynie odma sztuczna może być stosowana.

P e t s c h a c h e r. **Grypa i gruźlica.** Zachorowalność gruźlików na grypę jest niska; przebieg grypy przy istnieniu gruźlicy nieczynnej jest lżejszy, niż przeciętny. Grypa przebiega złośliwie przy istniejącej gruźlicy daleko posuniętej. Szczególnie szkodliwym jest wpływ grypy na gruczoły gruźlicze; często powoduje wysianie prosówkowe.

R e i c h e. **Dziedziczność przy gruźlicy płuc.** Na podstawie statystyki — obejmującej 2978 ludzi nieobciążonych i 1482 obciążonych dziedzicznie, a chorych na suchoty płuc i — z drugiej strony — na podstawie statystyki 6678 nieobciążonych i 1182 obciążonych dziedzicznie ale zdrowych.

Wśród licznych wniosków — cyfrowych, dwa są godne zanotowania:

1. Wśród dzieci do lat dziesięciu obciążonych dziedzicznie ze strony ojca i matki było cztery razy więcej chorych, aniżeli wśród nieobciążonych.

2. Chorzy pochodzący z rodzin gruźliczych nie znosili choroby gorzej, aniżeli pochodzący z rodzin niegruźliczych.

*S. Sy.*

Wiener Archiv für Innere Medizin.

T. IX. Zeszyt 2. Grudzień 1924.

J. St. L o r a n t. **Leczenie otyłości ciałami proteinowemi.** Autor w dwóch doniesieniach przedstawia swoje wyniki skombinowanego leczenia otyłości gruczołem tarczykowym i ciałami proteinowemi, przeprowadzonego w klinice prof. R. Schmidta w Pradze. Leczenie to jest proste, pewne i przeprowadza się przy zupełnie dowolnej djecie, a nawet przy leżeniu w łóżku, przyczem można osiągnąć trwałe wyniki. Leczenie proteinowe przy otyłości, podobnie jak przy przewlekłych zapaleniach, okazuje tendencję wahań dwufazowych, tj. wprzód wywołuje przytycie a potem zeszczuplenie. Ciała proteinowe uczulają ustrój dla innych działań organo terapeutycznych. Autor leczył 14-tu chorych a z tego 8-miu ambulatoryjnie. Zrazu stosował on równocześnie z tyreoidyną zastrzykiwania proteinowe, później stosował wprzód leczenie tarczycowe a dopiero po stabilizacji wagi ciała rozpoczynał wstrzykiwania proteinowe. Tarczycy podawano dziennie 0.3—0.6 gr. substancji, z ciał proteinowych przeważnie *hypertherman* śródmięśniowo, w ilości 3—5 $cm^3$ w odstępach 3—5 dniowych. Utrata wagi rozpoczyna się nazajutrz po zastrzyknięciu, przyczem pojawiają się zazwyczaj co najwyżej tylko bardzo nieznaczne podniesienia ciepłoty. Przy podniesieniu ciepłoty po-

wyżej 37.5 należy zwrócić uwagę, czy nie pochodzi ono albo od jakiegoś współistniejącego cierpienia n. p. zapalenia pęcherza moczowego, albo od zbyt wygórowanej dawki ciał proteinowych. Przy zamierzonem odtłuszczeniu do 10 kg. leczenie jest swobodne, gdy zdążamy do odtłuszczenia do 20 kg. nie należy przekraczać miesięcznie 4—5 kg. ubytku, przy dalej idących odtłuszczeniach należy przeprowadzać odtłuszczanie w etapach po 10—15 kg. a w międzyczasie robić odstępy 1—2 miesięczne.

W drugiem doniesieniu przedstawia autor szczegółowe badania przemiany materji u 50-letniego mężczyzny przy tem skombinowanem leczeniu tarczycowo proteinowem. Dzienna zmiana zawartości energji w pożywieniu jest tu bez znaczenia. Ubytek wagi ciała nie pochodzi z utraty węglowodanów, lecz z utraty tłuszczu a po części wody. Natomiast występuje magazynowanie azotu i soli i gotowość do obrzęku, gdyż zatrzymywanie tych ciał wstrzymuje oddawanie wody. Dlatego przy nagłem przerwaniu takiego leczenia występowały obrzęki, które potem ustąpiły w ciągu trzech dni.

*Blassberg* (Kraków).

Medizinische Klinik.

Nr. 51. 1924.

Klein. **Cukrzyca i wzmożone ciśnienie.** Wypadki cukrzycy połączonej ze wzmożonem ciśnieniem śródnaczyniowem, występują przy cukrzycy u osób starszych, między 40—90 r. życia, t. j. wtedy kiedy wkracza pierwotne wzmożone ciśnienie. Jeżeli występuje cukrzyca bez wzmożonego ciśnienia, wtedy dotyczy osobników młodszych między 30—40 rokiem życia. Cukrzyca połączona ze wzmożonem ciśnieniem ma w ogólności przebieg dobrotliwy. Równoczesne występowanie wzmożonego ciśnienia i zaburzeń w gospodarce cukrowej ustroju, nie da się wytłumaczyć zwiększoną ilością adrenaliny we krwi, ani przypuszczeniem, że cukrzyca tworzy usposobienie do schorzeń naczyniowych w rodzaju zwapnienia naczyń. Mniej więcej rozwija się zaburzenie gospodarki cukrowej, na tle miażdżycy naczyń trzustki. Wysokość progu przepuszczalności nerek nie zależy od ilości obecnego cukru we krwi, ani od wieku chorego, natomiast zależy od czasu trwania cukrzycy i stanu nieuszkodzenia nerek.

Stahl-Müller. **Rozpoznanie roentgenowskie zmian rdzenia pacierzowego, zapomocą wstrzyknięcia kontrastowego.** Sicard w Paryżu zalecił celem dokładnego zbadania zmian rdzenia pacierzowego, promieniami Roentgena, wstrzykiwać preparat Lafay'a »Lipiodol« w ilości 1 ccm, zawierający w 1 ccm. oleju makowego 0.54 jodu. Stosuje się go celem stwierdzenia przerwy w ciągłości lub przeszkód rdzenia pacierzowego. Wstrzykuje się choremu 0·5—2 ccm. Lipiodolu do *carum subdurale*, między 6—7-mym kręgiem szyjnym. Płyn po 2—3 minutach spada do 2-go kręgu krzyżowego. Przy obecności przeszkody, płyn nie spływa. Autorowie stwierdzili w ten sposób w wielu przypadkach przeszkody w rdzeniu pacierzowym, stwierdzone operacją. Po wstrzyknięciu reagują chorzy wyższą ciepłotą ciała, trwającą przez 48 g., i bólami, jako następstwem podrażnienia korzonków nerwowych. Po wstrzyknięciu stwierdza się znaczną leukocytozę we krwi i limfocytozę w płynie mózgo-rdzeniowym.

Pollitzer. **Rozpoznanie ostrego zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych. (Cystopyelitis acuta colligenes feminarum).** Autor podaje wypadki zapalenia miedniczki nerkowej i pęcherza moczowego, dotyczące młodych kobiet, u których rozpoznano kamicę żółciową lub zapalenie wyrostka robaczkowego. Laparatomia okazała się w tym przypadku próbną, gdyż dokładna obserwacja w klinice wykazała *cystopyelitis*. Często zachodzą trudności w rozpoznaniu; można bowiem myśleć przy bólach występujących po prawej stronie u kobiet, o kamicy żółciowej, zapaleniu wyrostka robaczkowego, schorzeniu trzustki, żołądka, jajników, stawu biodrowego. Dlatego radzi autor zbadać osad moczu, jałowo kateterem wziętego, i zaszczepić go na buljonie. Bardzo szybko rośnie na buljonie *bacterium coli*.

Leczenie polega na wstrzyknięciu 5 ccm. 20%-wego roztworu urotropiny dożylnie, co drugi dzień, i stosowaniu czopków z *Extr. Belladonnae 0,05*

*Lupulini 0.5*

*But. cacao q. s. u. f. supp, uretr.*

W stadjum przewlekłego zapalenia, stosuje się wody alkaliczne i kąpiele borowinowe.

Assmann. **Patogeneza i klinika raka oskrzelowego.** Najpewniejsze rozpoznanie raka oskrzelowego daje badanie promieniami Roentgena, gdzie wypukowo ani wysłuchowo żadnych zmian się nie stwierdza. Najczęstsze formy raka oskrzelowego są te, które wychodzą z wnęki płuc. W obrazie roentgenowskim widać zaciemnienie wnęki i ciemne pasma, przechodzące w miąższ płucny, polegające na *lymphangitis carcinomatosa*, wysokie ustawienie i nieruchomość przepony, przemieszczenie narządów śródpiersia na stronę zwężonego oskrzela. Częstą komplikacją raka oskrzelowego jest wysiękowe zapalenie opłucnej.

Wypukiem można stwierdzić stłumienie, wysłuchem oddech amforyczny przy rozpadzie tumoru, z powodu tworzenia się jam. Charakterystyczne jest zapalenie opłucnej rakowe, połączone z wysiękiem. Płyn surowiczy, nieco krwawy; ciężar gatunkowy 1012—1015, Rivalta dodatni, białko 20‰; w osadzie limfocyty, czerwone ciałka krwi i komórki sygnetowe.

Przerzuty w gruczołach śródpiersia powodują chrypkę z powodu ucisku na *n. recurrens*.

Czasem trudno odróżnić raka oskrzeli od zapalenia płuc, które może podobnie przebiegać.

Rosenkrantz. **Choroba zatokowa (Haffkrankheit).** Autor podaje przypadki tego schorzenia, które się pojawiło w ubiegłym roku w zatoce fryskiej połączone z ogólnemi bólami mięśniowemi i methaemoglobinurja, z przebiegiem ostrym, podobnie jak przy zatruciu. Schorzenie to występuje przeważnie w lecie a dotyczy rybaków. Charakterystyczny jest obraz kliniczny: chorzy odczuwają w mięśniach (łydkach) silny ból, który zajmuje po kilku minutach wszystkie mięśnie, z wyjątkiem mięśni twarzy i przełyku. Bóle głowy występują rzadko, ciepłota ciała jest prawidłowa, w początkach choroby występują dreszcze. Charakterystyczny jest wynik badania moczu. Z początku choroby oddają chorzy małą ilość moczu, koloru czerwono-bronzowego, do bronzowo-czarnego. Oddziaływanie kwaśne, białko obecne w dużej ilości. Próba benzydynowa zawsze dodatnia. Spektroskopowo stwierdza się methaemoglobinę i oxyhaemoglobinę. Osad wykazuje wałeczki szkliste i ziarniste, wypełnione barwikiem, kryształy kwasu moczowego i soli moczanowych, pojedyncze leukocyty, a bardzo rzadko czerwone ciałka krwi.

Haemoglobinuria trwa 1—2 dni.

We krwi: leukocytoza dochodzi do 31.000 ciałek z przewagą obojętnochłonnych (96%), która przechodzi w względną limfocytozę (40%). Rosenow stwierdził wtręty haemoglobinowe w czerwonych ciałkach krwi, które dobrze się barwią May-Grünwaldem i Giemsą. Odporność czerw. ciałek krwi jest normalna.

Schorzenie to trwa przez kilka dni, chorzy odczuwają jednakowoż osłabienie ogólne przez kilka tygodni. Rokowanie dobre. Powodu należy szukać w zatruciu gazami i wyziewami, wychodzącemi z mułu zatokowego.

Nr. 1. 1925.

Robitschek. **Działanie insuliny w formie wziewania.** Autor stosował insulinę w formie wziewania i stwierdził, że również w tej postaci ma dobre działanie. Ilość procentowa cukru we krwi, wynosiła u królika przed wziewaniem 0.109, po wziewaniu 0,105. W drugim przypadku po rozpyleniu 60-ciu jednostek insuliny, spadła ilość cukru we krwi z 0,118 na 0,081. To samo zastosowano także u człowieka i stwierdzono po wziewaniu insuliny spadek cukru; jednakowoż po wprowadzaniu insuliny w formie podskórnych wstrzykiwań spadek cukru jest o wiele większy. Ażeby u królika wywołać spadek cukru na 0,061, trzeba zużyć 40 jednostek a więc stosowanie insuliny w formie wziewania jest droższe od wstrzykiwań podskórnych, po drugie dawkowanie jest bardzo utrudnione.

Lentz. **Choroba zatokowa (Haffkrankheit).** Autor podaje jako przyczynę choroby zatokowej, występującej tylko porą letnią u rybaków, jad znajdujący się w wodzie mor

skiej, który działa nawet w minimalnych ilościach. Schnabel wstrzyknął sobie i choremu na chorobę zatokową 1 ccm. wyjałowionej wody morskiej, i zauważył u chorego po kilku godzinach wystąpienie typowego napadu, podczas gdy u siebie niczego nie zauważył; wobec tego wrażliwość i oddziaływanie są większe u osobnika, który chorobę tę przebył. Stwierdzono, że powodem tej choroby jest arsen. znajdujący się w znacznych ilościach w wodzie morskiej. Także w moczu chorych stwierdzono obecność arsenu. Arsen znajduje się w wodzie morskiej jako gaz lotny, nie jako arsenowodór, ale jako wysokomolekularne organiczne połączenia arsenu, które pochodzą z fabryk cellulozy, znajdujących się przy brzegu morza.

Nr. 2. 1925.

Janossy. **Punkcja cysterny móżdżkowo-rdzeniowej (cisterna cerebello-medullaris).** Autor stosował to nakłucie, jako środek diagnostyczny, przy schorzeniach centralnego systemu nerwowego. Trzeba wkłuć igłę punkcyjną poniżej *protuberantia occipitalis*, w leżącej pozycji chorego, tylko na 6 cm głęboko, by nie skaleczyć rdzenia przedłużonego. Na 108 przypadków było kilka przypadków śmierci, z powodu pęknięcia naczyń lub obrażenia rdzenia przedłużonego. Nakłucie to stosuje się nie tylko diagnostycznie, ale także w celach leczniczych, jak n. p. przy zatruciach CO, morfiną, przy porażeniu rdzenia przedłużonego z powodu znieczulenia lędźwiowego lub narkozy, i wtedy, kiedy grozi porażenie ośrodka oddechowego.

*Dr. S. Arnoldówna* (Lwów).

## Bibljografja.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

#### Piśmiennictwo Polskie.

**Nowiny Lekarskie Nr. 3. 1925:** A. Ciechomski: W sprawie t. zw. śmierci grasiczej oraz stanu grasiczo-chłonnego. — Browicz: Notatka słownikowa. — W. Orłowski i J. Nowaczyński: Życie i zasługi naukowe ś. p. prof. dra Wal. Jaworskiego.

**Nr. 4:** Ciechomski: Dokończenie. — K. Nowakowski: Nowy sposób leczenia Erysipeloidu Rosenbacha i czerwonki świńskiej u ludzi. — W. Filiński: W sprawie rozszczepionego zastoju żółciowego. — Z. Jakubowski: Kosmetyczny sposób sekcji czaszki.

**Zagadnienia Rasy Nr. 12. T. II. r. 1924:** W. Borkowski: Płeć w przyrodzie. — L. Wernic: Eugenika a małżeństwo. — B. Michałowski: Małżeństwo a przymiot.

**Zdrowie Nr. 1. r. 1925:** Wł. Światopełk-Zawadzki: Wychowanie fizyczne, jako obowiązek społeczny. — Dr. Szaniawski: Sprawozdanie roczne ze zdrowia publicznego Woj. Wołyńskiego za rok 1923.

---

### W sprawie notatki: »Nowy aparat do odmy«. (Pol. Gaz. Lek. Nr. 49, 1924 r.).

Zdziwiło mię nieco podkreślenie przez kol. Jasińskiego zdania, że brak jest wogóle przenośnych aparatów do odmy sztucznej, gdyż fakt, iż istnieje cały szereg takich aparatów i liczba ich była już pokaźna w roku 1924, skłonił mnie do zaniechania w swoim czasie ogłoszenia w piśmie skonstruowanego przezemnie aparatu przenośnego do odmy; ograniczyłem się do przedstawienia go kilku kolegom podczas Zjazdu Internistów w Wilnie latem 1923 r. oraz na posiedzeniu Sekcji Zakopiańskich Lekarzy we wrześniu tegoż roku. Aparatem tym posługiwałem się tak w praktyce prywatnej, jak i w różnych zakładach leczniczych (m. i. w »Odrodzeniu«, gdzie pracuje kol. Jasiński) posługują się obecnie stale. Ogłoszony przez kol. Jasińskiego aparat jest w zasadzie identyczny z moim: jedynie różnica polega na innym sposobie łączenia kolejnego cylindrów i n kol. Jasińskiego zapomocą zakładania raz jednej, raz drugiej rurki (c) do widełek (l), u mnie zaś zapomocą przekręcania kurka trójdrożnego w jedną lub drugą stronę i drugiego kurka, zamykającego drogę do filtru, wprowadzającego powietrze do aparatu. Muszę zaznaczyć, iż ową różnicę aparatu kol. Jasińskiego uważam za niepożądaną, gdyż uniemożliwia ona robienie odmy bez pomocnika (co, jak wiadomo, jest czasem, w nagłych wypadkach nieuniknioną koniecznością), u kol. Jasińskiego trzeba (e) kolejno przekładać obiema rękami, podczas gdy kurkiem w moim aparacie manipuluję wygodnie jedną ręką, trzymając drugą — wkłutą igłę.

*Olgierd Sokołowski* (Zakopane).

### Kilka słów odpowiedzi na notatkę dr. Olgierda Sokołowskiego.

Zdziwienie dr. Sokołowskiego i zarzut, jakobym twierdził w artykule moim »Nowy aparat do odmy sztucznej«, że dotychczas odczuwano brak aparatu przenośnego, zdziwiły mnie bardzo, gdyż (co widocznie uszło uwagi dr. Sokołowskiego) podkreśliłem brak przenośnych i celowych aparatów. Istnieje rzeczywiście szereg przenośnych aparatów, lecz, mojem zdaniem, nie tak celowych, jak mój, podany do wiadomości ogółu kolegów (Pol. Gaz. Lek. Nr. 49, 1924 r.).

Mimo zasadniczych różnic w naszych aparatach, dr. Sokołowski twierdzi, że w zasadzie są one identyczne. Aparatu dra Sokołowskiego przed skonstruowaniem mego modelu nie widziałem, jakoteż nie spotkałem w dostępnem mi piśmiennictwie notatki o pokazie aparatu dra Sokołowskiego przed kilku kolegami na Zjeździe Internistów w Wilnie i na posiedzeniu Sekcji w Zakopanem.

Co do twierdzenia dra Sokołowskiego, że posługiwał się aparatem swojej konstrukcji w »Odrodzeniu«, gdzie ja pracuję, zaznaczam, że na początku mego pobytu w »Odrodzeniu« dr. Sokołowski przyjeżdżał parę razy zakładać odmę sztuczną — lecz zawsze posługiwał się zakładowym aparatem systemu niemieckiego. Dopiero po zmodelowaniu mego aparatu zobaczyłem aparat dra Sokołowskiego i stwierdziłem podobieństwo co do idei zrównoważenia cylindrów, która już zresztą dawniej stosowana była w aparatach niemieckich i innych. Szkoda, że dr. Sokołowski nie załącza do swej notatki fotografji i szczegółowego wykresu swego aparatu, co znacznie ułatwiłoby ogółowi lekarzy wyrobienie sobie poglądu co do większej celowości naszych aparatów.

Aparat dra Sokołowskiego ma 2 dwurożne kurki i jeden trójdrożny, inne ich rozmieszczenie; cylindry zakorkowane korkiem i zalepione plasteliną. Mój aparat ma jeden kurek dwudrożny, drugi do manometru jest właściwie zabieg zbyteczny. Ze względów aseptyki i wielu innych powodów (na wyliczenie których za mało miejsca w tej krótkiej replice) jest przeciwwskazane stosowanie odmy sztucznej bez asysty nawet w nagłych wypadkach. Wszak to zabieg operacyjny!

Mój aparat wymaga asysty niewykwalifikowanej i nawet przygodnej. Kończąc zaznaczam, że moim aparatem posługuje się już szereg lekarzy (z czego w samem Zakopanem pięciu Kolegów) — co jest najlepszym dowodem aktualności mego artykułu w Pol. Gaz. Lek., który był przyczyną notatki dra Sokołowskiego.

Zakopane, 22. II. 1925 r.

*Dr. Stefan Jasiński.*

Na powyższem zamykamy polemikę odnośną.

*Redakcja.*

## Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

### Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Walne zebranie w dniu 17. grudnia 1924.

Obecnych 68.

Przewodniczący kol. Surzycki, który imieniem »Komisji Matki« proponuje wybór Wydziału Krak. Tow. lek. na rok 1925 w następującym składzie:

Prezes: kol. K. Majewski, wiceprezes: J. Szymanowicz, sekretarz doroczny: T. Pawlas, bibljotekarz: J. Spira, sekretarz stały: J. Olbrycht.

Komisja kontrolująca: kol. T. Piotrowski i kol. Z. Wachtel.

Członkowie redakcji: kol. Artwiński, Blassberg, doc. Kostrzewski, Maciąg, Rutkowski.

Delegaci do Rady Zawiadowczej: prof. Browicz, prof. Ciechanowski.

Delegaci na Walne Zebranie Tow.: kol. Ackermann, Berezowski, Ciechanowski, Janiszewski, prof. Kostanecki, Kwaśnicki, Landau, Strzemieński, Surzycki, Wilczyński, Wcyciechowski, członek Komisji Kontrolującej Towarzystwa lek. Małopolsk.: kol. Strzemieński.

Powyższa lista Wydziału na r. 1925 została przyjęta przez zebranych przez aklamację.

Na wniosek kol. Boczara wyrażono WP. profesorowej Majewskiej serdeczne podziękowanie za trudy zorganizowania i prowadzenia bufetu w czasie Zebrań naukowych w Tow. lekarskiem.

Kol. Wachholz wnosi apel, aby Krak. Tow. lek. starało się wpłynąć na wzmożenie pracy naukowej wśród członków, a szczególnie na częstsze umieszczanie prac w »Polskiej Gazecie lekarskiej«. W roku bieżącym umieszczonych tam było bardzo mało prac lekarzy krakowskich.

Kol. Lenartowicz odpowiada, że spadek prac krakowskich umieszczanych w Pol. Gaz. Lek. był widocznym jedynie w r. 1924 — i to w stopniu niezbyt wielkim. Apel może słusznie zwrócony do Towarzystwa, bo może ono zachęcać, być podnietą młodym lekarzom do intenzywnej pracy naukowej.

Nastąpiło zwyczajne zebranie naukowe Towarzystwa, przyczem przewodnictwo objął Majewski.

Na członka przyjęty kol. M. Dzerowicz.

1) Kol. Kaulbersz wygłasza odczyt p. t.: »Kilka spostrzeżeń fizjologicznych z wycieczki na szczyt Mont-Blanc«. We krwi, pobranej na Mont-Blanc po 24 godzinach pobytu w górach powiększenie ilości ciałek czerwonych wynosiło 29%, hemoglobiny 19%. Pierwszego dnia po zejściu krew, badana w Chamonix, zawierała c. cz. więcej o 33% w porównaniu do normalnej ilości, a hemoglobiny o 27,5%. W dalszych dniach następowało nierównoległe opadanie ilości c. cz. i hemoglobiny: ilość c. cz. wróciła już na 3-ci dzień do normy, ilość hemoglobiny dopiero na 6-y dzień. Ubytek wagi ciała podczas wycieczki wyniósł 3½ kg. Oddychanie u większości obserwowanych osób nietylko było przyśpieszone, więcej natomiast pogłębione. Przyśpieszenie tętna w wysokościach około 4000 metrów było bardzo znaczne, u turystów większe, niż u przewodników, nie przewyższało jednak 160 uderzeń na minutę po marszu pod górę. Zwolnienie tętna następowało, pomimo dłuższego odpoczynku, tylko bardzo powoli; po 6-ciu godzinach leżenia wynosiło jeszcze koło 100 uderzeń. Prelegent przytoczył szereg najważniejszych prac z dziedziny fizjologji alpinizmu.

W dyskusji zabierał głos kol. Weissglass, zapytując prelegenta, czy badał ciśnienia krwi w górach.

W odpowiedzi kol. Kaulbersz zaznaczył, że osobiście badań nad ciśnieniem krwi w górach nie przeprowadzał, że jednak, według większości autorów, ciśnienie krwi w górach podlega bardzo tylko nieznacznym zmianom.

*Dr. Pawlas*, sekretarz.

**Lwowskie Towarzystwo lekarskie.**

III. Posiedzenie naukowe w dniu 6. lutego 1925 r.

Przewodniczy: kol. Zgórski. Obecnych 112.

1) Przewodniczący poświęca gorące wspomnienia bł. p. kol. Leonowi Krzemickiemu i zawiadamia, że przemówi nad trumną zmarłego. Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

Zamiast wieńca na trumnę Zmarłego zebrani złożyli 309 złotych, które ofiarowano na akcję zwalczania chorób wenerycznych w Towarzystwie Higjenicznem, którego Zmarły był wiceprezesem.

2) Kol. Falkiewicz: przedstawia:

*a)* **przypadek guza w tylnej jamie czaszkowej.** U osobnika 25-letniego, który przebył przed 4 laty kiłę z odczynem Wassermanna dodatnim, wystąpiły od 3 miesięcy bóle głowy, zanik powolny wzroku. Badanie kliniczne wykazało zajęcie tarczy nerwu wzrokowego, znieczulenie w obrębie nerwu V. lewego, zniesienie odruchu rogówkowego lewego, zbaczanie języka na lewo i Babiński po prawej. Wszystkie odczyny we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym w kierunku kiły ujemne. Przy leczeniu rtęcią żadnej poprawy, a raczej powolne pogarszanie się. Wobec tego rozpoznano guz, niestojący w związku z przebytą kiłą, w tylnej jamie czaszkowej;

*b)* **przypadek ostrego nagminnego zapalenia mózgu** z ciekawym objawem ocznym. Jest niepokój oczu, które z chwilą, gdy chory dokądkolwiek ma zamiar spojrzeć, drgają. Drganie to podobne jest do oczopląsu, lecz różne od niego tem, że nie ma żadnych składowych szybkich ani powolnych, ale jest nieregularne, oraz tem, że występuje nie przy skrajnych ustawieniach, lecz w chwili, gdy chory ma zamiar zwrócić gałkę oczną. Niepokój ten opisał Rothfeld w 1920 r. w »Lekarzu Wojskowym« i porównał go do drgań, jakiebyśmy uzyskali, potrząsając gałki oczne usadowione na sprężynach. Objaw ten występuje zwłaszcza w tych przypadkach nagminnego zapalenia mózgu, w których można wykazać i inne zaburzenia ze strony mięśni ocznych.

W dyskusji kol. Pisek zapytuje się, czy prelegent częste miał bolesne nacieki przy injekcjach trypaflaviny. Kol. Falkiewicz przyznaje, że nacieki bolesne, aczkolwiek nie częste, jednak zdarzają się. Czasami jedna — dwie krople powodują naciek, uniemożliwiający dalsze wstrzykiwania na dwa tygodnie. Kol. Andruszewski wskazuje na artykuł Fryd. Dietla w M. m. W. Nr. 4 z 1925 r. Według tego autora zapobiec można tworzeniu się bolesnych nacieków, powodujących często niemożność używania kończyny nawet kilkunastodniową, a spowodowanych paravenalnem wstrzyknięciem drażniących substancyj (zazwyczaj hipotonicznych) w sposób nader prosty. Mianowicie w chwili, gdy się zauważy najmniejszy wytwarzający się naciek, przerywa się injekcję, opróżnioną wstrzykawką (bez wyjmowania igły z tkanki) aspiruje się treść nacieku i, dołączywszy natychmiast nową przygotowaną poprzednio wstrzykawkę z fizjologicznym roztworem soli, wstrzykuje się około 10 cm³ bez zmiany położenia igły w tkankę, wytwarzając w ten sposób »dużą poduszeczkę«. Wynik doskonały: bolesność już w chwili wstrzykiwania roztworu soli zmniejsza się znacznie i ustępuje, a naciek tak wytworzony w bardzo krótkim czasie (już tego samego dnia) ulega zupełnemu wessaniu bez pozostawienia jakiejkolwiek bolesności lub śladu przedmiotowo stwierdzalnego, przyczem chory nie traci ani na chwilę sprawności kończyny. Wynik ten autor tłumaczy bardzo znacznem rozcieńczeniem drażniącej substancji przez płyn fizjologiczny i stworzeniem warunków, w których drażniący płyn rychlej może być z miejsca wstrzyknięcia wessany.

3) Kol. Dobrzański przedstawia 3 przypadki z **ciałem obcem, wydobytem na drodze endoskopji.**

*a)* Kobieta l. 35 **połknęła we śnie protezę szczękową.** Następnego dnia zgłosiła się do kliniki Oto-laryngologicznej z tem, że ma uczucie obecności ciała obcego, nieco poniżej krtani. Prześwietlanie roentgenologiczne wykazało cień nieregularny na wysokości chrząstki pierścieniowej. Po wprowadzeniu oesophagoskopu (systemu Brüningsa) ukazały się w polu widzenia 3 zęby, które — jako śliskie i twarde, a więc nie nadające się do uchwycenia — odsunięto ku bokowi, aż się ukazała część płytki kauczukowej, którą przy pomocy ostrych szczypczyków Brüningsa uchwycono i wyjęto. Mówca podkreśla, że protezy szczękowe są zwykle trudne do wydobycia ze względu na obecność haczyków i ze względu na duże ich rozmiary, tak, że nieraz trzeba taką protezę wklinowaną rozciąć na dwie połowy i każdą z osobna wydobywać po uprzedniem uwolnieniu haczyków od wklinowania;

*b)* 16-letnia **dziewczyna aspirowała szpilkę z główką,** którą trzymała w zębach. Gdy się schyliła, by podnieść jakiś przedmiot, szpilka wpadła jej do krtani, gdzie chora umiejscowiała kłujący ból. Roentgenem można było stwierdzić szpilkę, rozpiętą w kierunku strzałkowym krtani. W lusterku krtaniowem można było widzieć szpilkę rozpiętą w krtani w ten sposób, że jeden koniec tkwił w kieszonce Morgagniego, a drugi między chrząstkami nalewkowemi u wejścia do przełyku. W wziernikowaniu pośredniem krtani nie udało się jej wyjąć, ponieważ nie można było widzieć, gdzie się znajduje główka. W wziernikowaniu bezpośredniem krtani, po wprowadzeniu Haslingera direktoskopu i po odciągnięciu nagłośni i napięciu krtani, ukazała się główka, która wyszła z kieszonki Morganiego, a którą zachwycono szczypczykami i wyjęto. Mówca zaznacza, że zupełnie taki sam przypadek opisuje Brünings, w którym wydobycie możliwe było tylko w laryngoskopia directa, i podziela dogodność direktoskopu Haslingera do wszelkich zabiegów wewnątrz-krtaniowych;

*c)* **2-letnie dziecko, które zachłysnęło się fasolą,** na co wskazywał napad duszności i kaszlu. W 10 godzin później skierowano je do kliniki oto-laryngologicznej. Wówczas sinica, duszność, niepokój dziecka wskazywały niewątpliwie na zwężenie dróg oddechowych. Ponieważ badanie lusterkiem krtaniowem nie stwierdziło, gdzie się ciało obce znajduje, postanowiliśmy wziernikować krtań bezpośrednio z równoczesnem przygotowaniem do ewentualnej tracheotomji, wykluczyć obecność ciała obcego w krtani i przystąpić do wydobywania z tchawicy wzgl. oskrzela. W międzyczasie dziecko dostało ponownie silnego napadu kaszlu, poczem nastąpiła znaczna ulga (oddech spokojny, ustąpienie sinicy) tak, że dziecko usnęło. Zachodziły więc dwie ewentualności, albo dziecko fasolę wykrztusiło i połknęło, albo wciągnęło głębiej (z krtani do oskrzela). Postanowiliśmy przez kilka godzin dziecko obserwować. W 6 godzin później ciepłota się podniosła do 38,3, duszność i sinica wystąpiły na nowo, zmniejszenie powietrzności płuca prawego, jakoteż furczenia, świsty, zaciąganie się prawej połowy klatki piersiowej, wskazywały na obecność ciała obcego w prawem oskrzelu. Ażeby uniknąć zwiększenia się i tak już znacznej duszności przez uśpienie ogólne, przystąpiono do wykonania **tracheotomji w znieczuleniu miejscowem** (½% nowokainy z adrenaliną), którą dziecko zupełnie dobrze zniosło. Po otwarciu tchawicy, wykonano tracheo-bronchoskopję dolną, przy pomocy której można było stwierdzić fasolę, zatykającą prawe oskrzela. Przy pomocy ostrych szczypczyków Brüningsa udało się zachwycić jej górny biegun i, niedomykając szczypczyków — by jej nie rozłupać — wydobyto ją na zewnątrz. Mówca zaznacza, że do roku 1915 według zestawienia Eikena i Brüningsa opisanych było w piśmiennictwie światowem 40 przypadków fasoli, wydobytej z oskrzela, z tego w 12 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne (27% śmiertelności).

W klinice oto-laryngologicznej lwowskiej w ciągu lat ostatnich było 3 przypadki z omówionym i we wszystkich nastąpiło całkowite wyzdrowienie. Wydobywano we wszystkich trzech przez tracheo-bronchoskopia inferior, a w dwuch ostatnich w znieczuleniu miejscowem.

4) Kol. Skrowaczewski przedstawia 12-letniego chłopca który, jedząc bułkę, **połknął »coś ostrego«,** co mu tkwi w gardle. Badanie lusterkiem krtaniowem ujemne. Badanie promieniami Roentgena wykazało **szpilkę, tkwiącą w przełyku** na wysokości 5—6-kręgu szyjnego, główką do góry, zatem tuż poniżej wejścia. Ezofagoskopja w narkozie przyrządami Kahlera i Węgłowskiego bez skutku. Przy próbie wydobycia palcem zahacza się ją paznokciem, lecz wskutek odruchów dławiących (pacjent budził się z narkozy ze zwieszoną głową) szpilka przesunęła się po tylnej ścianie gardzieli i wsunęła się przez choanę do jamy nosowej prawej. Na drugi dzień Roentgen wykazuje szpilkę w nosie strony prawej, powyżej muszli środkowej; rhinoskpją tylną ani przednią nawet po po silnem adrenalizowaniu nie widać jej. Dopiero po resekcji odpowiedniego kawałka przedniego końca muszli środkowej udało się zahaczyć szpilkę i ją wydobyć (pokazy zdjęć roentgenowskich).

5) Kol. Nowicki wygłasza wykład: **„O pierwotnych nowotworach serca“**, objaśniony tablicami i przeparatami anatomicznemi. Na wstępie mowca przedstawia stan badań anatomicznych nad pierwotnemi nowotworami serca. Podnosi znacz-

nie większą częstość nowotworów dobrotliwych, niż złośliwych, a wśród ostatnich wybitną przewagę mięsaków i to wrzecionowatokomórkowych. Omawia ich umiejscowienie. Podnosi, że specjalnie co do śluzaków serca zapatrywania są różne, często wprost biegunowo przeciwne. Są zdania, że t. zw. guzy śluzakowe są obrzękłemi włókniakami lub t. zw. zorganizowanemi zakrzepami kulistemi serca. N. przedstawia i omawia 2 przypadki sekcyjne guzów śluzakowych przedsionka lewego. Jeden stwierdzono sekcyjnie u kobiety l. 29., zawsze zdrowej, a dopiero od czasu uderzenia w pierś kolbą karabinu odczuwającej duszszność, męczenie się. W 6 lat potem wybitne objawy niedomogi serca z objawami przekrwienia żylnego płuc. Obok zwiększenia serca w kierunku poprzecznym, występował u chorej od czasu do czasu szmer skurczowy nad końcem serca. Sekcyjnie stwierdzono guz wielkości małego jaja kurzego, wychodzący z przedniej i górnej ściany przedsionka lewego, wciskający się w ujście żylne lewe. Ogólne przekrwienie żylne. Przypadek drugi dotyczył kobiety l. 62, która nieokazywała zmian sercowych. Sekcyjnie stwierdzono raka żołądka z przebiciem do otrzewnej i jej zapaleniem, a nadto przerzuty do wątroby. W lewym przedsionku z fałdu otworu owalnego wychodzi guz również wielkości niemal jaja kurzego i wciskający się w ujście żylne lewe. Utkanie guzów najwięcej odpowiada śluzakowi.

Prelegent omawia dalej pochodzenie tworów brodawkowatych serca, w szczególności zastawek półksiężycowych, t. zw. wyrośle Lambla, ich pochodzenie i t. p. Odnośnie do brodawczaków pokazuje serce kobiety 70-letniej z brodawczakiem wielkości dużego grochu, usadowionym na przegrodzie międzykomorowej; utkanie jego wytworzone jest głównie z tk. łącznej szklistej, brak naczyń, pokrycie śródbłonkiem. Postać guza przemawia za jego pochodzeniem nowotworowem. Objawów nie dawał. Mowca omawia nowotwory złośliwe i przedstawia serce kobiety l. 30., z objawami od kilku miesięcy duszności, krwioplucia następnie z niedomogą serca. Anatomicznie stwierdzono w znacznie powiększonem poprzecznie sercu guz w lewym przedsionku wielkości małej pomarańczy, tamponujący niemal całkowicie ujście żylne lewe i ujście żył płucnych. Guz wychodził z przegrody między-przedsionkowej. Utkanie mięsaka wrzecionowato-komórkowego. Nawiązując do anatomji nowotworów serca N. omawia objawy kliniczne i usiłowania stworzenia podstaw dla przypuszczenia istnienia guza serca; a więc niezwykłe powiększenie danego odcinka serca, Roentgen, różnica w przysłuchu, zależna od położenia chorego, obok objawów takich, jak wybitna duszność i in. Drogą wykluczenia i przy wyczerpaniu metod możnaby przypuszczać istnienie guza serca. W każdym razie objawy w przypadkach guza serca są naogół dla każdego przypadku właściwe.

**W dyskusji** kol. Ostrowski zapytuje się, czy znaczniejsza częstość występowania nowotworów w prawej komorze (jak podaje prelegent 75%) nie wskazuje, że są to nowotwory wtórne, przeniesione przez prąd krwi żylnej. Kol Pisek podnosi, poruszone przez mowcę znaczenie otrzymania innych objawów przysłuchowych przy ułożeniu odpowiedniem chorego. Myśl ta ma pewną wartość, lecz z drugiej strony chorego z wielką dusznością trudno w ten sposób badać jedynie po to, ażeby uzyskać szmer, zwłaszcza że często zdarzają się przypadki nagłej śmierci.

Kol. Ziembicki dodaje kilka szczegółów z przebiegu klinicznego przypadków, przedstawionych przez prelegenta, wszystkie bowiem trzy, zbiegiem okoliczności, pochodziły z jego oddziału (W. II szpital). Nie mógłby ani podać, ani uznać jakichkolwiek cech właściwych, stanowiących o rozpoznaniu pierwotnego nowotworu serca. Na jeden szczegół, który podniósł prelegent, jedynie należałoby w przyszłości zwrócić baczniejszą uwagę, czy w takich przypadkach w obrazie roentgenologicznym odpowiedni odcinek serca, wypełniony guzem, nie wykazuje słabszego tętnienia, jakoteż zniekształcenia, a na zdjęciach większego wysycenia. Kol. Marischler zwraca uwagę, czy w 3 przypadkach prelegenta nie było niedopełnienia lewej komory; powinny w przypadkach tamponady wystąpić zaakcentowania II. tonu nad tętnicą płucną.

Kol. Ziembicki: gdyby II ton nad płucną był zaakcentowany, to jednak rozpoznałby nie tamponadę, ale zwężenie ujścia żylnego lewego.

Kol. Nowicki odnośnie do przemówienia kol. Ostrowskiego zauważa, że w wykładzie mówił jedynie o nowotworach pierwotnych serca. Nowotwory wtórne w sercu prawem mogłyby zachodzić w przypadkach zawleczenia drogą żylną. Jest-to typowa droga dla nowotworów pierwotnych nadnercza i nerek (mięsaka, nadnerczaka, nabłoniaka komórkowego). N. przytacza przypadek, spostrzegany sekcyjnie, w którym złośliwy nadnerczak nerki wrósł w żyłę nerkową, żyłę czczą dolną, przedsionek prawy i komorę prawą, w której zwisał w postaci czopa. Co do znaczenia zmiany objawów przysłuchowych przy zmianie położenia chorego — to możnaby je stosować w tych przypadkach, w których niedomoga serca nie da się innemi sprawami wytłumaczyć, gdzie wywiady przemawiają przeciw przebytemu zapaleniu wsierdzia i t. p. Oczywiście ten sposób badania byłby tylko jednym z szczegółów, obok niewytłumaczonego zwiększenia znacznego pewnej części serca, obrazu roentgenologicznego i t. d. Mowca nie mógłby sobie wyobrazić niestosunku objawów do niemal zupełnej tamponady ujścia przez guz nowotworowy, gdyby nie przyjął, że w sercu żywem guz uszypułowany zmienia z prądem krwi swe położenie, choćby w granicach niewielkich. Podnosi w końcu znaczenie i konieczność badania serca Roentgenem. W jednym z przypadków opisanych przez niego Roentgen byłby niewątpliwie dał obraz charakterystyczny. *Dr. Tyszka*, sekretarz.

**Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji**

**Sekcja Rzeszowska.**

Posiedzenie naukowe w dniu 22. lutego 1925.

Obecnych 26 członków.

1) Kol. Hinze przedstawia na barwnych tablicach **sposoby operowania stawu łokciowego** w przypadkach zastarzałego zwichnięcia tego stawu. Do stawu można dostać się albo zabiegiem podokostnowym, albo przecinając ścięgno mięśnia trójgłowego, albo też przecinając wyrostek (łokciowy) kości łokciowej. Ten ostatni sposób został podany, jako specjalna metoda, przez Schramma. Schramm podaje równocześnie historyczny rozwój sposobów operacyjnych przy zastarzałem zwichnięciu stawu łokciowepo i swoje trzy przypadki.

Równocześnie przedstawiono osobę, operowaną przez mowcę podokostnowo, sposobem Oliera. Przyszycie oddzielonej okostnej wraz ze ścięgnem mięśnia trójgłowego natrafiało na znaczne trudności. Czynność ręki jest niezła, wymaga ćwiczenia i leczenia ortopedycznego; gdyż mięśnie okazują znaczne zaniki. Chłopak lat 16 operowany $^{1}/_{2}$ roku temu z przecięciem ścięgna mięśnia trójgłowego, okazuje również dobry wynik. W przyszłości zaś postanawia mowca użyć sposobu Schramma;

*b*) omawia **technikę operacji raka wargi dolnej**, objaśniając na barwnej tablicy, przedstawiającej gruczoły limfatyczne okolicy podszczękowej i szyji (podług Corninga). Gruczoły chłonne najczęściej naciekłe i będące z reguły celem zabiegów operacyjnych podzielić można na dwa piętra.

Pierwsze piętro tworzą gruczoły *a*) podszczękowe, *b*) okolicy ślinianek, *c*) i w miejscu rozwidlenia żyły jarzmowej wspólnej. Te gruczoły oraz obie ślinianki, wraz z tkanką łączną i z mięśniem podskórnym, należy zawsze usunąć.

Dolne zaś piętro, leżące poniżej kości gnykowej, tworzą gruczoły: *a*) karkowe głębokie, *b*) gruczoły okołokrtaniowe i *c*) podgnykowe, nie należą właściwie bezpośrednio do zakresu operacyjnego i wyjmowane zazwyczaj nie bywają.

Niektórzy operatorowie odsłaniają atoli i te okolice i wyjmują gruczoły dolnego piętra, zwłaszcza zaś gruczoły karkowe. Zabieg staje się wówczas bardzo ciężkim — a nadmienić należy, że i zwykłe odsłonięcie pierwszego piętra jest zabiegiem dla starszych osób poważnym. Dlatego też mowca ogranicza się do odsłaniania i usuwania gruczołów piętra pierwszego i nieoddziela płatu skórnego nigdy poniżej krtani. Operuje z reguły w znieczuleniu miejscowem, ale i tak śmiertelność operowanych dochodzi do 6%, z którą to liczbą zawsze liczyć się musimy.

2) Kol. Hinze przedstawia **pokazy anatomo-patologiczne**:

*a*) **7 wyrostków robaczkowych**, usuniętych w drodze chirurgicznej. Większość zawiera kamienie kałowe i powierzchowne owrzodzenia. Operowani zdrowi;

*b*) **worek wielkości głowy dorosłego mężczyzny wypełniony krwią płynną**. Ściany worka dochodzą do grubości 1 cm. Pochodzi on z operacji ciąży zamacicznej pękniętej i otorbionej, trwającej już około roku! Chora wyleczona;

*c*) **Macicę wraz z przydatkami zmienionemi zapalnie i zropiałymi**. Chora po zabiegu już w okresie uzdrowienia dostała ostrego szału delirium alcoholicum (?) i zmarła na upadek sił.

3) Kol. Feldmaus omówił: **Wyniki stosowania wstrzyknięć jatrenowych przy chorobach przewlekłych i ostrych.**

**Wileńskie Towarzystwo lekarskie.**

Posiedzenie naukowe w dniu 4. lutego 1925.

Przewodniczący Kol. K. Opoczyński, sekretarz Kol. E. Czarnecki.

Obecnych 85 osób, w tej liczbie 40 członków T-wa.

1) Odczytanie protokołu z dnia 21 stycznia r. b.

2) Kol. A. Karnicki: Pokaz makroskopowego preparatu **ciąży w dodatkowym rogu macicy w postaci zaśniadu groniastego**. Takie umiejscowienie ciąży, jak również zmiany zaszłe w jaju płodowem, są rzadkie. U chorej przed dwoma miesiącami bóle w dole brzucha. Menses spóźnione o 6 tygodni. Ogólny stan bardzo dobry. Badanie ginekologiczne pozwalało przypuszczać ciążę pozamaciczną wobec zwiększonej nieco macicy i niewyraźnego guza wielkości greckiego orzecha po stronie prawej, lecz brak danych decydujących nieupoważniał do zabiegów czynnych. Chorej polecono wówczas stawić się powtórnie za dwa tygodnie; jednak chora zgłosiła się do szpitala kolejowego i wstąpiła dopiero po dwóch miesiącach. Ogólny stan dobry. Badanie ginekologiczne: wyczuwa się wielki guz wielkości główki noworodka. Granice macicy nie dają się dokładnie określić. Prawa strona guza ma spoistość bardziej miękką, aniżeli lewa; guz nieruchomy; w tylnym Douglas'ie płynu się nie wyczuwa. Badanie przez powłoki brzuszne wykazuje guz o spo-

istości niewyraźnej, nieruchomej, w jamie brzusznej wolnego płynu niema. Wobec wyraźnego powiększenia się guza — operacja. Zwykłem podłużnem cięciem otwarto jamę brzuszną, której dolna część była wypełniona guzem zrośniętym z siecią, jelitami i otrzewną; przydatki lewostronne normalne, natomiast po stronie prawej guz wypełniał całą małą miednicę, mając widoczną skłonność do rozrostu międzylistkowego (śródwięzadłowego). Wobec bliskiego kontaktu guza z macicą postanowiono usunąć guz wraz z macicą. Gdy w czasie podwiązywania część guza pękła, okazało się, że wewnątrz zawiera on zaśniad groniasty i że cały guz jest ciążą w dodatkowym rogu macicy, za tem, że to jest ciąża w rogu maciczym a nie w trąbce, przemawiało położenie więzadła obłego, które odchodziło wyraźnie na zewnątrz od guza, a więc guz był pochodzenia macicznego. Przypuszczenie, że jest to ciąża w samej ściance macicy, t. zw. *interstitialis* lub *intramuralis*, było wątpliwem, ponieważ w przypadkach podobnej ciąży, guz ma dążność rozrostu ku górze, a nie w bok, a lig. rotundum najczęściej odchodzi poniżej guza, a nie na zewnątrz. Decydujące słowo, co do umiejscowienia ciąży można będzie wypowiedzieć dopiero po przeprowadzeniu anatomo-patologicznego badania ścianek guza i trąbki. Przypadek ten może nadto zainteresować tem, że ciąża była w formie zaśniadu groniastego. Jeżeli zaśniad groniasty wogóle nie należy do zjawisk codziennych, to tem bardziej można to powiedzieć w stosunku do ciąży pozamacicznej, co już należy do rzadkości.

**Dyskusja**: Kol. S. Siengalewicz podczas sekcji stwierdził zaśniad groniasty, który przeżarł ściankę macicy i był umiejscowiony wśródmiąższowo. Piśmiennictwo odnośne jest bardzo ubogie.

3) Kol. Schilling - Siengalewicz wygłosił rzecz p. t.: **Kilka uwag o nowszych poglądach w chemoterapji.** Określiwszy pojęcie i podstawy teoretyczne, na jakich dotychczas opierała się hemoterapja, S. omawia następnie ze stanowiska doświadczalnego mechanizm działania atoxylu, salwarsanu, preparatów srebra i bizmutu, jak również działanie nowego środka »Bayer 205«, który znalazł rozległe i bardzo skuteczne zastosowanie w chorobach zakaźnych, wywoływanych przez trypanosomy. Wszystkie używane dotychczas związki chemiczne w chemoterapji, jak badania doświadczalne wykazują, nie posiadają bezpośrednie parasytotropowego działa na drobnoustroje. Teorja łańcuchów bocznych Ehrlicha która powołała chemoterapję do życia, nie jest dziś wystarczającą do wytłumaczenia wielu zjawisk z zakresu tej dziedziny. Działanie środków, używanych w chemoterapji, zależne jest, jak to wykazują doświadczenia Dale i Widala, raczej od ich własności fizykalnych, aniżeli od ich budowy chemicznej. Na podstawie badań Dala, Morgenrotha, Lewaditiego i własnych prelegent dochodzi do wniosku, że:

1) środki chemoterapeutyczne działają drogą pośrednią przez pobudzenie komórek ustroju po żywszej przemiany materji, wśród której znajdują się też przeciwciała, działające na drobnoustroje.

2) Środki chemoterapeutyczne zmieniają stany kolloidalne krwi i tkanek, wskutek czego powstają tego rodzaju fizykalne właściwości środowiska, że w niem drobnoustroje nie mogą się rozwijać.

Mowca podkreśla, że rozwój chemji fizykalnej otwiera szerokie pole dla fizjologji, patologji i toksykologji i że już nawet dziś badania w tym kierunku dozwalają nam głębiej wniknąć w istotę mechanizmu niektórych zatruć (streszcz. własne).

**Dyskusja**: W ożywionej dyskusji głos zabierają koledzy: J. Szmurło, St. Trzebiński i K. Opoczyński.

Mowca w odpowiedzi potwierdził okoliczność, poruszoną przez innych, a dotyczącą powstawania we krwi zwierząt, którym stosowano preparat Bayer 205 wybitnej leukocytozy, która zazwyczaj trwała 4—5 dni mimo, że obraz kliniczny u tych zwierząt przebiegał pod postacią szoku anafilaktycznego. Zmiany w układzie kolloidów krwi dadzą się sprowadzić do dwu wyraźnie występujących stanów: z jednej strony tworzenie się większych zkupień, konglomeratów, z drugiej zaś rozproszenia postaci drogi mlecznej; stwierdzono również zatamowanie ruchu Brownowskiego. W sprawie odkładania się, czy też nieodkładania się preparatów arszenikowych w tkankach, mówi prelegent, że salwarsan działa główkie jako ciało kolloidalne, nie wywierając przytem wyraźnego działania w kierunku drobnoustrojów. Kol. M. Eiger: Nauka o kolloidach zapewne wywoła zwrot w biologji, w pierwszym zaś rzędzie w medycynie, stan bowiem ustroju ludzkiego jest przeważnie stanem kolloidalnem. Doświadczeniom Dala i Siengalewicza z wymoczkami możnaby zarzucić, że przeprowadzono je w nastojach siana, nie zaś we krwi, co zasadniczo zmienia charakter eksperymentu. Kol. S. Siengalewicz w odpowiedzi na ostatnią uwagę stwierdza, że nastój siana jest środowiskiem normalnem dla wymoczków.

W dyskusji zabierali głos jeszcze: kol. A. Mikulski, E. Czarnecki i K. Rymaszewski.

## Sprawy zawodowe.

### Lwowska Izba Lekarska.

**Opinja zawezy asekuracyjnego w sprawie ubezpieczenia pensyjnego.**

Przedstawiony przez Obwód sanocki Związku Lekarzy Państwa Polskiego sposób rozwiązania kwestji ubezpieczenia pensyjnego lekarzy wydaje się bardzo prosty i zapewniający korzyści wdowom i sierotom po lekarzach takie, jakieby trudno było zapewnić w sposób powszechnie praktykowany w ubezpieczeniu pensyjnem. Czy posiada on jednakże podstawy realne? Ten moment podstawowy, który powinien stanowić punt wyjścia przy układaniu projektu został w zupełności pominięty. Cała finansowa podstawa projektu streszcza się w paru słowach, że należy zliczyć wdowy i sieroty po lekarzach i ustanowić wkładkę, a następnie czynić to samo w każdym następnym roku. Jaką kwotę ta wkładka będzie wynosić i czy będzie możliwą do opłacania także przez lekarzy, którzy znajdują się w mniej korzystnych warunkach materjalnych, tego w projekcie nie uwzględniono. Czy wkładka opłacana zapewni wdowom i sierotom po tych, którzy ją będą przez szereg lat opłacali, w przyszłości możność korzystania ze świadczeń, oraz czy zapewni na przyszłość świadczenia tym, którym już zostały przyznane, to również zostało milczeniem pominięte.

Projekt ten posiada nadto tą zasadnicza wadę, że lekarze niezdolni do pracy lub niebędący w możności pracować z powodu starości, są pozostawieni bez żadnego zaopatrzenia, tak oni, jak również ich rodziny.

Jeżeli się więc postawi tę kwestję zupełnie jasno, to projekt Obwodu Sanockiego przyznaje wdowom i sierotom po lekarzach zaopatrzenie (nie zabezpieczenie), które z roku na rok, a właściwie z miesiąca na miesiąc, będzie im wypłacane bez zapewnienia jednak, czy ta wypłata nie będzie znacznie zniżona. Jeszcze więcej wątpliwą jest speranda na zaopatrzenie dla rodzin tych członków, którzy na to zaopatrzenie opłacają wkładki. Wkładki opłacano przez lekarzy byłyby bowiem użyte nie na zebranie funduszu, na którym mają oprzeć się przyszłe prawa do świadczeń, lecz na wypłatę zaopatrzeń dla osób, które albo nie przyczyniły się zupełnie, albo też tylko w drobnej części do zebrania na ten cel środków. Przy ubezpieczeniu dzieje się zaś odwrotnie.

W projekcie nie zostały rozróżnione te dwa pojęcia: »zaopatrzenie« i »ubezpieczenie«. Zaopatrzenie, jako humanitarna akcja, przychodzi z pomocą natychmiast i nie bierze pod uwagę zupełnie, czy osoby, które przyczyniają się do tej akcji, będą miały podobne zaopatrzenie w przyszłości. Speranda tych osób może być tylko oparta na literze postanowienia i pewnem moralnem zobowiązaniu — zatem czysto formalne zabezpieczenie. Istotne zabezpieczenia sperand musi się oprzeć na rozporządzalnym na ten cel funduszu, a może się to dokonać tylko przy ubezpieczeniu. Korzystać z ubezpieczenia mogą tylko te osoby (względnie uprawnieni t. j. w tym wypadku członkowie rodzin), które w odpowiedniej mierze przyczyniły się do nagromadzenia funduszu.

Liczba lekarzy, którzy byliby obowiązani do opłacania wkładek, nie będzie nigdy stałą i przy zmianie stosunków społecznych może spaść do minimum. Wkładka przy takiem zaopatrzeniu jest bowiem zależna od ilości osób pobierających zaopatrzenie, zatem pośrednio od ilości lekarzy w przyszłości i od ilości osób opłacających wkładki t. j. ilości lekarzy w danym roku. Zwiększenie się wkładki może nawet bardzo znaczne, o ile stosunek wyżej przytoczony będzie wykazywał większą różnicę. Wkładka miesięczna będzie znaczna już przy obecnym stanie, jak poniżej wyszczególniono, gdyby zaś się jeszcze zwiększyła podwójnie lub potrójnie, ogół lekarzy nie byłby w stanie jej zapłacić i siłą faktu nastąpiłby upadek tego systemu zaopatrzenia. Wówczas wdowy i sieroty po lekarzach, którzy nawet przez kilkadziesiąt lat opłacali wkładki, pozostałyby bez żadnego zaopatrzenia.

Ta humanitarna akcja zaopatrzenia jest, jako taka, pod pewnemi względami także bezkrytyczna. Projektowane jest zaopatrzenie dla wszystkich wdów i uprawnionych sierót bez wyjątku, żyjących w chwili rozpoczęcia działalności kasy. Pomiędzy niemi są takie, które znajdują się w niedostatku, lecz są i bardzo zamożne. Dlaczegóż lekarz, znajdujący się w krytycznem położeniu materjalnem, ma powiększać zamożność bogatych wdów. Czy jest to wskazane jakiemikolwiek względami? Jednakże przyznawanie zaopatrzenia tylko wdowom i sierotom, będącym w niedostatku, byłoby dla nich upokarzające, gdyż zaopatrzenie w ten sposób przyznawane miałoby charakter jałmużny. Zatem systemu zaopatrzenia i z tego powodu nie można zalecać. Przy liczbie lekarzy 1200 należy się, skromnie licząc, spodziewać wdów około 300 i sierót około 250, które byłyby, według projektu sanockiego zaopatrzenia, uprawnione do pobierania świadczeń. Już dzisiaj bowiem Izba lwowska ma wdów 150, które się same zgłosiły, a którym udziela się wsparć, nie biorąc w rachubę powiatów zachodnich województwa lwowskiego, w ostatnich 2 latach przydzielonych do Izby lwowskiej.

Uwzględniając przyrost w ciągu roku wdów i sierót, oraz koszta administracji, należałoby ustanowić wkładkę, przypadającą do zapłacenia na każdego lekarza 120 zł. kwartalnie (300 × 300+220 × 120=120.000 : 1200=100+20 na administrację). Ponieważ liczba lekarzy się zwiększa, zatem i liczba wdów będzie corocznie w odpowiednim stosunku wzrastać. Przybytek będzie bowiem większy od ubytku wdów i sierót. Wkładka zatem na rok następny może pozostanie w tej samej wysokości, ale jest większe prawdopodobieństwo, że będzie podwyższona. Przy ustaleniu się liczby lekarzy, przez dłuższy okres czasu, ulegałby wkładka bardzo małym odchyleniom od kwoty 120 zł. W razie zmniejszenia się liczby lekarzy, wkładka przez dłuższy okres

stale będzie wzrastać. Wzrost ten będzie większy, im większy będzie ubytek roczny liczby lekarzy, albowiem ten sam wydatek będzie rozłożony na mniejszą liczbę lekarzy.

Należy jednak pamiętać, że lekarze niezdolni do pracy i starzy nie są objęci tem zaopatrzeniem, zatem pozostaliby nadal bez środków do utrzymania, mimo opłacania tak znacznej wkładki.

Projekt zaopatrzenia proponowany przez O. S. Z. L. pomimo to, że jest bardzo prosty, jednakże jako zupełnie nierealny a nadto pod względem finansowym i społecznym nieodpowiedni — nie może być poważnie dyskutowany.

Autorzy protestu nawet nie zadali sobie trudu, aby zaznajomić się z systemem ubezpieczenia, opracowanym przez Izbę Lekarską; wskazują na to cyfry przytoczone w proteście. Mianowicie podają, że najwyższa pensja na starość, jaką lekarz mógłby otrzymać, opłacając wkładkę kwartalną zł. 180, wynosiłaby zł. 1500, a dla wdowy zł. 750. Sprawa ta przedstawia się odmiennie, bo pensja dla lekarza wyniosłaby w tym wypadku zł. 6000, zaś dla wdowy zł. 3000 rocznie. Jestto bardzo znamienne, że właśnie autorzy protestu podali świadczenia według najniższej wkładki, jako odpowiadające najwyższej wkładce. Czy w ten sposób winna być prowadzona rzeczowa krytyka? Zamilczano też świadczenia dla sierót, a przecież one przy powyższej wkładce wynoszą znaczną kwotę, bo po 5 letniem ubezpieczeniu zł. 400, zaś po 10 letniem zł. 600 rocznie dla jednej sieroty, gdy matka pobiera osobno pensję wdowią. Pensje dla sierót zupełnych są dwa razy wyższe.

Zarzut, że ubezpieczenie oparte na długoletniej kalkulacji, może być niebezpieczne, bo w razie dewaluacji uzbierany fundusz może zniknąć, oparty jest na stosunkach z niedawnej przeszłości. Obroną przeciw tej możliwości jest odpowiednia lokata funduszu. Jako przykład na to może posłużyć Zakład Pensyjny we Lwowie, który zachował prawie cały majątek, oprócz tej części, którą zmuszony był na mocy ustawy lokować w papierach wartościowych państwowych. Fundusz lekarzy nie podlega tym przepisom ustawowym. Obawy przed dewaluacją należy uważać obecnie za nieusprawiedliwione, bo brak im uzasadnionej podstawy. Instytucje finansowe, handlowe i przemysłowe nie biorą dziś już sprawy dewaluacji pod uwagę. Lekarze nie mogą stanowić w tym wypadku wyjątku. Od zarzutu dewaluacji zresztą nie jest wolny projekt sanocki. Bo, jeżeli weźmiemy pod uwagę stosunki lat ostatnich, to kalkulacja była tylko możliwą z dnia na dzień a nigdy na rok.

Co do wkładek, należy w końcu zauważyć, że dyskutowany jest obecnie bardzo poważnie stosunek ich do świadczeń. Doświadczenia Zakładów pensyjnych ostatnich kilkunastu lat okazały, że przy ustalaniu wkładek postąpiono za ostrożnie, zatem obniżenie ich jest kwestją tylko czasu. Jeżeli w ubezpieczeniu ustawowem pensyjnem zostanie ta sprawa definitywnie rozstrzygniętą, nic będzie nic stało na przeszkodzie, aby Izba Lekarska postąpiła w ten sam sposób, względnie, pozostawiając tę samą wkładkę, podwyższyła w odpowiednim stosunku świadczenia. Obecnie unormowana kwota wkładki obejmuje także świadczenia dla samych lekarzy, nietylko dla rodzin. Gdyby te świadczenia pominięto. jak to uczynili autorzy protestu, wkładka na świadczenia tylko dla wdów i sierót byłaby o 50% niższa.

Przez odpowiednią zmianę statutu emerytalnego możnaby zezwolić, aby przyznane świadczenia mogły być wypłacane jednorazowo w wysokości ich wartości kapitałowej. Mogłoby to być stosowane n. p. w takich przypadkach, gdy dana osoba byłaby w możności za pomocą wypłaconej jej gotówki stworzyć sobie dogodniejsze warunki bytu, niż przy wypłaconej jej miesięcznie pensji. Gotówka wypłacona jednorazowo byłaby dość znaczna. N. p. wdowa 30-letnia zamiast zł. 100 pensji rocznej mogłaby otrzymać odprawę jednorazową zł. 18,000, 35-letnia zł. 17,150, 40-letnia zł. 15,100, 45-letnia zł. 14,880, 50-letnia zł. 13,400.

Ubezpieczenie zapomogi pogrzebowej.

Projektowany przez autorów protestu sposób zabezpieczenia zapomogi pogrzebowej opiera się na tych samych zasadach, na jakich opierają zaopatrzenie dla wdów i sierót. Zatem te same zarzuty odnoszą się również do tego zabezpieczenia. Przeciętna śmiertelność, przyjęta w proteście na 10 rocznie, zapewne przez samych autorów nie była poważnie traktowana. Według danych statystycznych na 1200 osób w wieku 30 lat umiera w ciągu roku 11 osób, w wieku 40 lat 14 osób, w wieku 50 lat 23 osoby, w wieku 65 lat 61 osób. Trudnem do zrozumienia wydaje się, aby śmiertelność u lekarzy była tak znacznie różną, niż u ogółu ludzkości, musimy zatem przyjąć śmiertelność znacznie większą. Wykazy Izby wschodnio-galicyjskiej przy liczbie 700—800 lekarzy dawały 20 przypadków śmierci rocznie, a więc 25 na tysiąc. Dużą wadą tego systemu w tym właśnie wypadku jest równa wkładka bez względu na wiek, w jakim lekarz zaczyna opłacać wkładki na zapomogę pogrzebową. Bez specjalnego wykazywania rachunkowego, lecz na pierwszy rzut oka, okazuje się ten system niesprawiedliwy. Lekarz w wieku 30 lat opłaca te same wkładki, jak i lekarz, który dopiero w wieku 50 lat lub później rozpoczął opłatę wkładek. Według systemu ubezpieczenia (nie zaopatrzenia) wkładka dla pierwszego (30 lat) winna być dwa razy niższa. I to jest zupełnie sprawiedliwe, bo jest spodziewane, że lekarz 20-letni będzie dwa razy dłużej opłacał wkładki, niż lekarz 50-letni. Korzystają w ten sposób opieszali, rozpoczynający opłatę wkładek w późnym wieku, bo brakujące kwoty wpłacają za nich młodsi lekarze, którzy w wcześniejszym wieku rozpoczęli opłacać wkładki. Zatem opieszałość względnie niechęć do wnoszenia wkładek, poparta jest wzajemnością. Podobną jednak wzajemność trudno uznać za logiczną.

We Lwowie, dnia 8 marca 1926.

*Józef Toborski*
odp. technik asekuracyjnego Zakładu pensyjnego.

* *

Do powyższej oceny znawcy atekuracyjnego Zarząd Izby dodaje następujące uwagi:

Projekt sanocki bierze pod uwagę najmniej korzystne wypadki i ilustruje je cyframi fałszywemi in minus. I tak n. p., mówiąc o 15-letniem należeniu do kąsy, oblicza zapotrzebowanie emerytalne lekarza na 360 zł rocznie, zamiast faktycznych 600 zł, zaopatrzenie wdowie 180 zł. zamiast 300 zł i zamilcza o zaopatrzeniu sierót.

Regulamin Kasy Izbowej nie jest oparty na kombinacjach laików, ale na ustawie o ubezpieczeniu urzędników prywatnych i na ścisłych obliczeniach matematycznych, stanowiących podstawy ubezpieczeń pensyjnych. Wszystkie one przewidują conajmniej 5-cioletni (u urzędników państwowych nawet 10 letni) okres wyczekiwania, i przyznają pełne pobory emerytalne dopiero po 40 (urzędników państwowych po 35) latach służby. W realnych ubezpieczeniach pobory emerytalne pozostają zawsze w stosunku do ilości i wysokości wpłat osób ubezpieczonych, niesprawiedliwie zaś byłoby wypłacanie równych świadczeń osobom, które wniosły bardzo nierówne sumy do funduszu emerytalnego, więc n. p. ubezpieczonemu przez rok jeden taką samą sumę, jak ubezpieczonemu przez lat 30. Tę różnicę pokrywaliby ci ubezpieczeni, którzy dłużej opłacali wkładki t. j. młodsi.

Według regulaminu, obowiązującego w Kasie emerytalnej Izby, wypada rocznie:

| Warunki świadczenia | po 5-ciu latach | po 10-ciu latach | po 15-tu latach |
|---|---|---|---|
| W razie niezdolności do zarobkowania . . | 300—1200 | 450—1800 | 600—2400 |
| po wkupieniu 5 lat | 450—1800 | 600—2400 | 750—3000 |
| Zaopatrzenie wdowie | 150—600 | 225—900 | 300—1200 |
| po wkupieniu 5 lat | 225—900 | 300—1200 | 375—1500 |
| Zaopatrzenie sieroce | 100—400 | 150—600 | 200—800 |
| po wkupieniu 5 lat | 150—600 | 200—800 | 250—1000 |

Co do rzekomego zagrożenia funduszu emerytalnego przez wielokrotność ubezpieczenia, Zarząd stwierdza, że obawy te są bezpodstawne, gdyż postanowienia co do wielokrotności opierają się również na ocenie fachowej.

Obciążenie ubezpieczonych, według regulaminu, wynosi rocznie minimalnie 212 zł. (32 Kasa chorych, 180 emer.)
maksymalnie 880 zł. (160 » » 820 » ).

Według projektu Kolegów sanockich, którym nie jest objęte ubezpieczenie inwalidzkie i emerytalne, przypada rocznie:

| | | |
|---|---|---|
| Na Kasę pogrzebową (25 pogrzebów) | 75 zł., | z czego 25 zł. na administr. |
| Wdowy i sieroty według wzoru sanockiego i obliczenia matematyka (300 wdów i 250 sierót) | 600 » | 200 » » |
| Kasa chorych według projektu sanockiego | 90 » | 30 » » |
| Razem | 765 zł. | |

Nie uwzględniono opłaty członkowskiej Związku i opłaty wstępnego ze względu na wyższy wiek.

Tak się przedstawiają opłaty w pierwszym roku istnienia ubezpieczenia, które ponosi tak lekarz, rozpoczynający praktykę, jak i lekarz w późniejszym wieku, mający praktykę rozleglejszą.

W następnych latach opłatę nie zwiększa z powodu prawdopodobnego przyrostu wdów i sierót.

Stawki mogą być ciągle równe tylko wtędy, jeżeli liczba lekarzy będzie stała, a roczny przyrost wdów i sierót równy rocznemu ubytkowi tychże.

Przy maksymalnych opłatach, jakie przewiduje regulamin Izby (880 zł. rocznie), emerytura dochodzi do 6000 zł., zao-

patrzenie wdowie do 3.000 zł., a zaopatrzenie sieroce do 2000 zł. podczas gdy według wzoru sanockiego, emerytury nic będzie wcale, wdowa otrzyma zawsze 1200 zł., a sierota 480 zł.

---

### Izba Lekarska w Krakowie.

Posiedzenie Rady Izby w dniu 13. stycznia 1925 r.

Dokończenie.

Po odczytaniu sprawozdanie przyjęto.

3. Skarbnik przedkłada sprawozdanie kasowe, oraz zestawienie roczne rachunków Izby Lekarskiej za r. 1924, według którego dochody wynoszą 9.637 Zł 09 gr a rozchody 5.991 Zł 84 gr; pozostaje saldo 3.645 Zł 25 gr. — Przyjęto.

4. Imieniem Komisji Rewizyjnej zdaje sprawę Dr. Schneider; Komisja Rewizyjna zbadała wszystkie książki oraz dowody kasowe, znalazła je w zupełnym porządku i stwierdziła zgodność. Wnosi przyjęcie zamknięcia rachunkowego do zatwierdzającej wiadomości i udzielenie absolutorjum, oraz podziękowanie skarbnikowi za bardzo dokładne i przejrzyste prowadzenie ksiąg i rachunków. — Uchwalono jednogłośnie.

5. Skarbnik przedstawia budżet na rok 1925. Oznajmia, że obciążenie budżetu na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej wyniesie w tym roku około 3·50 Zł od członka. Mimo zwiększenia przez to wydatków, Zarząd proponuje oznaczenie opłaty na rok 1925 w wysokości dotychczasowej t. j. 12 Zł. Po wyczerpującej dyskusji na wniosek dra Ciechanowskiego uchwalono podnieść opłatę do kwoty 15 Zł rocznie, płatnych jednorazowo najpóźniej do dnia 1. lipca 1925, po tym terminie zaległe opłaty mają być ściągnięte w drodze egzekucji administracyjnej.

6. Przewodniczący zarządza wybory uzupełniające do Zarządu. W miejsce ustępnjących dra Walczyńskiego, Wrześniowskiego i Piątkowskiego wybrano Wrześniowskiego (28 głosów) — Zakrzewskiego (23 głosów) — Żydłowicza (16 głosów).

7. Przewodniczący zarządza wybory uzupełniające do Sądu Izby Lekarskiej. W miejsce ustępujących: prof. dra Ciechanowskiego, Maciąga, Woyciechowskiego, Walczyńskiego, Zbiegniewicza, Zieleniewskiego, Glassnera, Stahra, Artwińskiego, Okuszki wybrano ponownie tych samych jednogłośnie.

8. Z powodu zdekompletowania zastępców członków Sądu Izby Lekarskiej wybrano na zastępców: Blassberga, Ciećkiewicza, Wodnieckiego.

9. W sprawie wprowadzenia cennika poborów lekarskich, o którym mowa w artykule 21 ustawy z dnia 2. grudnia 1921 o praktyce lekarskiej, po dyskusji Rada Izby oświadczyła się stanowczo przeciw wprowadzeniu powszechnego cennika poborów lekarskich.

10. W sprawie opłat, jakie mają uiszczać lekarze kąpielowi, należący do innej Izby Lekarskiej, a praktykujący sezonowo w okręgu tutejszej Izby, przewodniczący przedstawia różnicę zdań między Zarządem tutejszej Izby, a Zarządem Izby Lekarskiej Lwowskiej, wyjaśniając stanowisko jednego i drugiego Zarządu. Rada uchwaliła, że lekarze kąpielowi, praktykujący w okręgu tutejszej Izby, mają uiszczać pełną opłatę roczną, pomimo, że należą do innej Izby, w której już opłacają wkładki. Rada Izby Lekarskiej wychodzi z założenia, że obowiązek tych lekarzy dostosowania się do wszystkich miejscowych postanowień i przepisów rozciąga się również na kwestję opłat, a Radzie Izby przysługuje prawo nakładania ciężarów na wszystkich lekarzy, praktykujących w jej okręgu, choćby nie byli członkami tutejszej Izby Lekarskiej.

11. Na wniosek Zarządu Rada Izby uchwala zaskarżyć do Najwyższego Trybunału Administracyjnego z powodu naruszenia ustawy orzeczenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, znoszące uchwałę Zarządu Izby Lekarskiej co do ostrzeżenia dra Typrowicza przed przyjęciem posady lekarza więziennego w Krakowie.

Rada Izby oświadcza ponadto zasadniczo, że »*licitatio in minus*« przy ubieganiu się o posady, choćby państwowe, mieści w sobie bardzo często znamiona uchybienia godności stanu lekarskiego. W wątpliwych przypadkach winni lekarze zwracać się o opinję do Izby lekarskiej, jako jedynej władzy, powołanej ustawowo do strzeżenia godności stanu (art. 1. a. ustawy o Izbach lekarskich) i wydawania ważnych orzeczeń w tym kierunku.

12. Zarząd Izby przedstawia projekt przepisów normujących ogłaszania się lekarzy. Rada Izby uchwala przepisy te w następującem brzmieniu:

§ 1.

Ogłoszenie lekarza w dziennikach może zawierać tylko imię i nazwisko, stopień naukowy (Doktór, Profesor, Docent), stanowisko szpitalne (Prymarjusz, Ordynator, Sekundarjusz, Asystent i t. p. z podaniem właściwego szpitala), specjalność w najogólniejszem określeniu (por. § 9), adres lokalu ordynacyjnego, godziny przyjęć, numer telefonu, oraz wyrazy: »osiedlił się« — »powrócił« — »przeprowadził się« — »wyjechał« — wznowił przyjęcia chorych i t. p.

§ 2.

Ogłoszenia w dziennikach nie powinny nosić cech reklamy.

§ 3.

Ogłoszenia w dziennikach o osiedleniu się, rozpoczęciu lub rozszerzeniu praktyki, zawiadomienia o zmianie mieszkania, wyjeździe, powrocie lub wznowieniu przyjęć po czterotygodniowej co najmniej nieobecności lub chorobie — mogą być umieszczane w dziennikach miejscowych po trzy razy równocześnie.

§ 4.

Ogłoszenia w zawodowych pismach lekarskich dopuszczalne są bez żadnego ograniczenia co do ilości, a co do treści na odpowiedzialność redakcji.

§ 5.

Pomieszczanie nazwisk lekarzy w ogłoszeniach i drukach farmaceutycznych o środkach lekarskich jest niedopuszczalnem.

§ 6.

Ogłaszanie listów dziękczynnych od chorych do lekarzy jest bezwzględnie wzbronionem.

§ 7.

Ogłoszenia o lecznicach, domach zdrowia i t. p., podlegają przepisom ogólnym o przedsiębiorstwach przemysłowych z zastrzeżeniem, aby w ogłoszeniach tych nie były wymieniane nazwiska lekarzy.

§ 8.

Używanie tytułów, mogących w jakikolwiek sposób wprowadzić czytającą publiczność w błąd lub w wątpliwość, jest bezwzględnie wzbronionem i to tak w ogłoszeniach wszelkiego rodzaju, jak i na blankietach receptowych. Profesorowie, docenci i asystenci Uniwersytetów tedy mogą używać swego tytułu bez żadnego dodatku tylko wówczas, jeżeli są profesorami, względnie docentami tej właśnie specjalności, w której wykonują praktykę — w przeciwnym razie mogą używać tytułu profesora, docenta lub asystenta jedynie przy pełnem wymienieniu wykładanego przedmiotu. Lekarze, piastujący stanowiska szpitalne, mogą używać tytułów, tylko z równoczesnem podaniem szpitala (§ 1) *).

§ 9.

W ogłoszeniach tak po dziennikach i na tablicach w domu, jakoteż na blankietach receptowych, nie wolno szczegółowo wymieniać leczonych form chorobowych ani też wymieniać wskazań leczniczych, a poprzestać należy jedynie na najogólniejszem określeniu specjalności w sposób w klinikach używany (n. p. choroby wewnętrzne, kobiece, nosa, gardła i uszu, nerwowe i umysłowe i t. p.).

§ 10.

Od ulicy przy wejściu do domu mogą być umieszczane skromne tabliczki z wymienieniem imienia, nazwiska, tytułu, specjalności i godzin przyjęcia — podobne tabliczki wolno zawiesić także i wewnątrz domu, mieszczącego lokal ordynacyjny. Natomiast umieszczanie tego rodzaju tablic z jakiemikolwiek ogłoszeniami poza obrębem domu, w miejscach i lokalach publicznych, jest bezwzględnie wzbronionem.

Treść ogłoszeń na tablicach w domu lub na domu mieszczącym lokal ordynacyjny lekarza nie może w żadnym razie przekraczać zasad ustalonych w §§ 1, 8 i 9 niniejszych przepisów.

§ 11.

Przepisy niniejsze obowiązują z dniem ich ogłoszenia, a wszelkie przekroczenia tych przepisów, jako uchybienia godności stanu lekarskiego, oddawane będą Sądowi Izby Lekarskiej w Krakowie do dyscyplinarnego dochodzenia.

13. Na wniosek Zarządu Rada Izby jednogłośną uchwałą udziela Zarządowi upoważnienia do załatwiania następujących spraw, leżących w kompetencji Rady na przeciąg roku:

a) spraw, odnoszących się do strzeżenia godności stanu;

b) udzielania zapomóg w przypadkach uwzględnienia godnych.

14. W sprawie używania rozmaitych tytułów po dłuższej i ożywionej dyskusji Rada Izby uchwala, że prawo przyjmowania i używania tytułu prymarjuszów, wiceprymarjuszów, ordynatorów, konsulentów i t. p. przy niedostatecznem uposażeniu takiego stanowiska, zależnem jest w każdym konkretnym przypadku od pozwolenia Zarządu Izby Lekarskiej.

15. Dr. Ciechanowski proponuje, by wziąć pod rozwagę sprawę ubezpieczenia lekarzy na sposób, jak to uczyniono w Izbie Lwowskiej.

16. Dr. Wróblewski wyraża życzenie, by Zarząd Izby przygotował zasady, podług których należałoby zaprowadzić Kasę pogrzebową dla członków tutejszej Izby.

17. Dr. Wróblewski omawia mające się odbyć w roku bieżącym wybory do Rady Izby Lekarskiej i żąda, aby drogą regulaminu zapewniono lekarzom Województwa Kieleckiego proporcjonalnie należną liczbę mandatów do Rady.

---

*) Prawo przyjmowania i używania tytułów Prymarjuszów, Wiceprymarjuszów, Ordynarjuszów, konsulentów i t. p. przy niedostatecznem uposażeniu takiego stanowiska — zależnem jest w każdym konkretnym przypadku od pozwolenia Zarządu Izby Lekarskiej. (Uchwała Rady Izby Lekarskiej z dnia 13. stycznia 1925 roku).